

# Sykepleieres forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus

Astrid S. Roald



Mastergradsoppgave i helsefagvitenskap  
Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November 2013



# Sykepleieres forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus

Astrid S. Roald



Mastergradsoppgave i helsefagvitenskap  
Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November 2013

© Astrid S. Roald

2013

Sykepleieres forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus

Astrid S. Roald

<http://www.duo.uio.no/>

Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Masteroppgaven er en kvalitativ studie om hvordan sykepleiere forholder seg til uønskede hendelser og det elektroniske meldesystemet ved et sykehus. Meldesystemer skal bidra til læring basert på informasjon i rapporter om uønskede hendelser fra helsepersonell med nærhet til pasientbehandlingen. Studier viser en underreportering av uønskede hendelser gjennom meldesystemer.

Datamaterialet er basert på tre fokusgruppeintervjuer ved tre avdelinger på et sykehus. I studien anses sykehuset som et sosiotechnisk system. Analysen av datamaterialet er inspirert av aktør-nettverksteori (ANT) som forutsetter et konstruktivistisk kunnskapssyn. Med utgangspunkt i ANT forutsettes det at mennesker, teknologi og organisasjon er aktører som kontinuerlig interagerer med hverandre i nettverk, der aktørene forhandler om status.

I studien fremkommer det at uønskede hendelser ikke har en fast og entydig betydning, men inngår i flere ulike relasjoner og nettverk. Forhandlinger om meldesystemets status avgjør hvorvidt en uønsket hendelse blir til en rapport. Nettverket der meldesystemet inngår viser seg å være ustabilt, der nytteverdien av meldesystemet er sterkt knyttet til om uønskede hendelser får et etterspill i form av tilbakemeldinger eller synlige tiltak i sykepleiernes avdelinger.

Studien viser at intensjonen bak meldesystemet om læring ikke nødvendigvis er tilstrekkelig forankret i sykepleiernes avdelinger. Meldesystemet har et stort potensiale for praktisk nytte, da sykepleierne rapporterer hendelser ut fra en inngående kjennskap til pasientbehandlingen. Underreportering av hendelser knyttes til utfordringen med å involvere sykepleierne i lokal kvalitetsforbedring på bakgrunn av rapporter om uønskede hendelser.

**Nøkkelord:** Fokusgruppeintervjuer, sykepleiere, underreportering, uønskede hendelser, meldesystem, pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring, sosiotechnisk system, aktør-nettverksteori

# Abstract

This thesis is a qualitative study of how nurses relate to adverse events and an electronic adverse event reporting system at a hospital. The purpose of the adverse event reporting system is to contribute to learning among healthcare personnel based on reports from the “sharp end” of the organization. Underreporting of adverse events in reporting systems is known from the literature.

Data was collected from three focus group interviews conducted in three wards in a hospital. In the thesis the hospital is understood as a socio technical system. The analysis of the data finds inspiration in actor network theory (ANT), adopting a constructivist paradigm. ANT assumes that people, technology and organization are actors continuously interacting in networks where they negotiate about status.

In the thesis it is found that adverse events are multifaceted actors that form different relations and acts in different networks. Negotiations about the reporting system status decide whether an adverse event is translated into a report. The network involving the reporting system is unstable. The perceived value of the reporting system is strongly related to adverse events being addressed in the form of feedback to the nurses, or in observed changes in the ward.

The thesis indicates that the intention of learning from reported events is not necessarily reflected in the nurses' wards. The reporting system is found to have great potential for quality improvement given nurses reporting adverse events based on their knowledge of challenges related to patient care. Underreporting of adverse events is found to be linked to the challenge of involving nurses in local quality improvement activities based on adverse event reports.

**Keywords:** Focus group interviews, nurses, underreporting, adverse events, reporting systems, patient safety, quality improvement, socio technical system, actor network theory

# Forord

Å velge å ta en masterutdanning på deltid ved siden av full jobb, har ført til visse prioriteringer og struktureringer i hverdagen. Arbeidet med oppgaven har gitt meg mye, både av verdifull innsikt, ideer, engasjement og nye bekjentskaper. Jeg valgte å skrive en oppgave om et felt jeg har interessert meg for lenge. Arbeidet med oppgaven har fått meg til å innse at dette er et felt med mange flere aspekter enn jeg trodde. Jeg har fått mange nye spennende perspektiver.

At jeg nå endelig er ved veis ende har jeg mange å takke for. Takk til min veileder Nina Olsvold for gjentatte faglige diskusjoner, innspill og engasjement til emnet og tekstmaterialet. Takk til min biveileder Ellen Catharina Tveter Deilkås for diskusjoner, innsikt og forståelse i fagområdet. En stor takk til sykepleierne som delte sine erfaringer, engasjement og rike beskrivelser. Dere gav meg et verdifullt datamateriale å bygge oppgaven på. Takk til avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere ved de tre avdelingene som var imøtekommende til en masterstudent. Takk til en ansatt ved kvalitetsavdelingen ved sykehuset hvor intervjuene ble gjennomført for interesse og informasjon. Takk til Anne Karin Lindahl for innspill og god tilbakemelding spesielt ved slutføringen av arbeidet. Takk til Inger Margrethe Holther for ditt ukuelige engasjement for sykepleiefaget og gode kommentarer mot avslutningen av oppgaven.

Til mine venner og familie- takk for at dere har vist forståelse og støtte i en tid hvor jeg har vært lite tilgjengelig. Ragnhild, takk for diskusjon, inspirasjon og nitidig arbeide. Til slutt- Mats, takk for din ukuelige optimisme, støtte, vennskap og engasjement- det har vært uvurderlig.

Oslo, november 2013

Astrid S. Roald





*To err is human, to cover up is unforgivable, and to fail to learn is inexcusable.*

**Sir Liam Donaldson**

**World Alliance for Patient Safety,**

**2004**



## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Studiens bakgrunn .....	1
1.2	Oppgavens tema .....	2
1.3	Rapportering gjennom meldesystemer .....	3
1.4	Problemstilling .....	4
1.5	Oppgavens oppbygning .....	5
<b>2</b>	<b>Teoretisk rammeverk.....</b>	<b>7</b>
2.1	Risiko i helsevesenet som sosioteknisk system.....	7
2.1.1	Risikovurderinger i hierarkiske nivåer.....	7
2.1.2	Uønskede hendelser .....	8
2.1.3	Aktive og latente feil.....	9
2.1.4	Kvalitetsforbedring ved sykehus .....	11
2.1.5	Internkontroll og kvalitetsutvalg.....	12
2.1.6	Kvalitetsarbeidet ved sykehuset .....	13
2.2	Arbeidsprosesser på sykehus.....	14
2.2.1	Sykepleiernes arbeidsområde .....	14
2.2.2	Sykepleierens dokumentasjonsplikt.....	15
2.2.3	Sykepleierens meldeplikt .....	16
2.2.4	Informasjonsteknologi som støtte i pasientbehandling .....	17
2.2.5	Sykehusets elektroniske meldesystem .....	17
2.3	Samspill mellom teknologi, menneske og organisasjon .....	18
2.3.1	STS-studier.....	18
2.3.2	Aktør-nettverksteori.....	20
2.3.3	Konstruksjon versus enactment .....	22
2.3.4	Translasjon og inskripsjon .....	23
2.3.5	Stabilitet i nettverk.....	24
2.3.6	Redistribusjon av arbeidsrelasjoner – ANT som analytisk verktøy.....	25
<b>3</b>	<b>Metode.....</b>	<b>27</b>
3.1	Metodisk tilnærming.....	27
3.1.1	Forarbeider .....	27
3.1.2	Metodevalg.....	28
3.1.3	Fokusgruppeintervju som metode.....	29
3.2	Etiske betraktninger .....	30

3.2.1	Konfidensialitet i fokusgruppeintervjuer .....	30
3.3	Forarbeidsfase .....	31
3.3.1	Forskerens bakgrunn.....	31
3.3.2	Valg av avdelinger og rekruttering av deltagere.....	31
3.3.3	Intervjuguide .....	33
3.4	Datainnsamling.....	34
3.4.1	Intervjuerfaringer og forskerrolle .....	34
3.4.2	Transkripsjon.....	35
3.5	Analysearbeidet.....	36
3.5.1	Tematisk analyse .....	36
3.5.2	Fremstilling av analyse og funn.....	38
<b>4</b>	<b>Tematisk analyse og diskusjon del 1 - Sykepleiere og uønskede hendelser .....</b>	<b>39</b>
4.1	Meldeskjemaet .....	39
4.2	Sykepleiernes forståelse av meldesystemets formål .....	42
4.2.1	Hensikten med meldesystemer .....	42
4.2.2	Hverdagsbeskrivelser av uønskede hendelser .....	44
4.3	Uønskede hendelser som heterogene aktører .....	52
4.4	Aktører som fremmer rapportering.....	54
4.4.1	Pasientens sikkerhet – faglig forsvarlighet.....	54
4.4.2	Uønskede hendelser rapporteres for å følge meldeplikten .....	56
4.5	Aktører som svekker rapportering.....	58
4.5.1	Mangler omkring opplæring av meldesystemets funksjon.....	58
4.5.2	Tilgjengelighet, brukervennlighet og tidsbruk .....	59
4.5.3	Sanksjoner og kollegialitet .....	62
4.6	Forhandlinger om rapportering .....	66
<b>5</b>	<b>Tematisk analyse og diskusjon del 2 - Sykepleiere, forventninger og meldesystem .....</b>	<b>69</b>
5.1	Saksgang og forventning om tiltak.....	69
5.1.1	Saksgangen tar tid.....	69
5.1.2	Avdelingsleder som eneste lokale aktør i tilbakemeldingsarbeidet .....	70
5.1.3	Forventning til kvalitetsforbedring .....	73
5.2	Reversible aktør-nettverk.....	77
5.3	Uønskede hendelser inngår i andre nettverk .....	80
5.3.1	Uønskede hendelser diskuteres muntlig.....	80
5.3.2	Uønskede hendelser i relasjon til lege eller journal (EPJ).....	83

5.3.3	Uønskede hendelser som en del av hverdagen .....	86
5.4	Den uønskede hendelsen som aktør inntre i flere nettverk .....	87
<b>6</b>	<b>Meldesystemets utfordringer og muligheter.....</b>	<b>91</b>
6.1	Oppgavens funn oppsummert.....	91
6.2	Utfordringer .....	92
6.2.1	Redistribusjon av praksis?.....	92
6.2.2	Læringsnettverk på avdelingsnivå .....	93
6.2.3	Manglende involvering av meldesystemet .....	96
6.2.4	Avdelingslederens ansvar.....	98
6.2.5	Tilbakemelding som monolog.....	98
6.3	Muligheter.....	99
6.3.1	Involvere sykepleierne .....	99
6.3.2	Utnytte den lokale kunnskapen.....	100
6.3.3	Avdelingslederens betydning .....	102
6.4	Avslutning.....	104
6.4.1	Å skape en lærende organisasjon tar tid.....	104
6.4.2	Forslag til videre arbeid .....	106

## **Vedlegg:**

Vedlegg 1: Prosjektvurdering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg 2:Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt



# **1 Innledning**

## **1.1 Studiens bakgrunn**

Systematisk identifikasjon av og fokus på risikofaktorer i pasientbehandling er en internasjonal trend (WHO 2005a). Det er anslått dramatiske tall over hvor mange pasienter som døde per år i amerikanske sykehus (opptil 98 000) på grunnlag av pasientskade (Kohn, Corrigan, og Donaldson 2000; Brennan m. fl. 1991). Studier fra flere land har vist en uakseptabel høy forekomst av uønskede hendelser som har ført til skader og dødsfall i pasientbehandlingen (WHO 2005a). Det er anslått at det som følge av uønskede hendelser ved sykehus forårsakes 4000 dødsfall per år i Norge (Hjort 2007).

I 2004 startet Verdens helseorganisasjon (WHO) et program for å fremme pasientsikkerhet på et globalt nivå (WHO 2004). En bevissthet og refleksjon omkring pasientsikkerhet har også spredd seg til Norden (Aase 2010a). Deilkås og Hofoss (2010) skriver at til sammenligning med andre skandinaviske land har man i Norge bare de siste årene satt pasientsikkerhet på den politiske agenda, spesielt etter engasjementet til Peter F. Hjort, som har vært en foregangsfigur for tematikken i Norge. Helsedirektoratet etablerte i 2007 en nasjonal enhet for pasientsikkerhet, og lanserte i 2009 en nasjonal pasientsikkerhetskampanje (Deilkås og Hofoss 2010).

Etter gjennomgang av journalundersøkelser utført i flere vestlige land har Verdens helseorganisasjon konkludert med at omkring 10 % av alle sykehusopphold resulterer i pasientskade (WHO 2005b). Ved gjennomgang av journaler finner flere undersøkelser at antall pasientskader som er dokumentert ikke gjenspeiles i antall rapporterte uønskede hendelser gjennom meldesystemer. Det rapporteres sannsynligvis kun 5-20 % av pasientskadene som man kan finne direkte eller indirekte dokumentasjon for i journal (Sari m. fl. 2007; Classen m. fl. 2011; Blais m. fl. 2008). Gitt underrapportering i meldesystemer vil en strukturert undersøkelse av journaler gi et mer riktig bilde av forekomsten av pasientskader. Imidlertid sier slike studier lite om hva sykepleiere og leger dokumenterer i journal av faktiske hendelser. Deilkås (2013) skriver i forbindelse med pasientsikkerhetskampanjen i Norge at det er igangsatt en gjennomgang av et utvalg av journaler ved alle landets helseforetak. Her avdekkes det at forekomsten av pasientskader i Norge er på lik linje med andre vestlige land (16 % i 2010 og 2011, og 14 % i 2012) (Deilkås 2013).

Nesten alt helsepersonell opplever i løpet av sin karriere å gjøre feil som fører til skade for pasienter (Aase og Wiig 2010). Tidligere antok man at pasientbehandlingen var trygg gitt helsepersonellens plikt om «primum non nocere» - du skal ikke skade. Når en pasientskade oppsto ble derfor også skyldspørsmålet gjerne rettet mot det involverte helsepersonellet, uten at man reflekterte over underliggende strukturelle faktorer som også kunne spille inn i hendelsesforløpet (Deilkås 2010).

For å forebygge og forbedre pasientsikkerhet må det foreligge en *systemtankegang* for å avdekke alle de underliggende faktorene som medvirker i hendelsesforløpet (Kohn, Corrigan, og Donaldson 2000). WHO (2005) påpeker at meldesystemer utgjør et informasjonsgrunnlag for å avdekke og forbedre pasientsikkerhetsproblemer. Riktignok kan dette ikke alene gi et fullstendig bilde av alle risikofaktorer som spiller inn i helsetjenesten, men bidra til å forebygge gjentagelse av feil ved at man lærer av hendelsene (WHO 2005a).

Rapportering av pasienthendelser har tidligere foregått via papirbaserte skjemaer. I dag foreligger meldesystemer som et elektronisk verktøy slik at helsepersonellet kan rapportere hendelser via elektroniske skjemaer. Systemene er ment å fange opp hendelser som skyldes behandling i helsetjenesten og ikke konsekvenser av den underliggende sykdom hos pasienten. Hendelsene kan forstås som brudd på prosedyrer, eller mangel på oppfyllelse av krav til forsvarlig pasientbehandling (Sykepleierforbundet 2009). Rapportene kan brukes til å gi et bilde av forekomsten av hendelser, både på sykehus- og avdelingsnivå.

## **1.2 Oppgavens tema**

Jeg ønsket å undersøke sykepleieres forhold til uønskede hendelser og et elektronisk meldesystem ved et sykehus. Resultatene fra studien håper jeg vil bidra til å skape en bredere forståelse av noen av de dypereliggende årsaker til den kjente underrapporteringen blant helsepersonell. Min interesse for temaet bunner i min egen erfaring med uønskede hendelser fra arbeid som intensivsykepleier ved ulike sykehusavdelinger (spesialavdelinger og sengeavdelinger). Jeg reflekterte over at det ofte ble snakket om uønskede hendelser sykepleierne imellom og det var svært varierende om hendelsene ble rapportert. Min erfaring er at sykepleiere rapporterer hendelser, men definitivt ikke alle.

I denne oppgaven bruker jeg begrepet uønskede hendelser. Ved å bruke begrepet uønskede hendelser ser jeg ikke kun på rapportering som en dokumentasjon av de alvorligste pasientskadene, men også rapportering av hendelser som kunne ført til pasientskade. Jeg



oppfatter sykehuset som et *sosioteknisk system*, der uønskede hendelser også er en konsekvens av risikovurderinger som gjøres for å løse de komplekse arbeidsprosessene ved sykehuset.

Oppgaven har en kvalitativ tilnærming basert på datamateriale fra tre fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervjuene bestod av til sammen ni sykepleiere og ble gjennomført ved tre ulike avdelinger ved et sykehus lokalisert i Oslo og omegn. Sykehuset er et universitetssykehus med akuttberedskap og spesialistfunksjoner innenfor flere medisinske fagområder. De primære ansvarsområdene er først og fremst pasientbehandling, pasientopplæring, utdanning og forskning i samarbeid med Universitet og Høyskoler. Sykehusets elektroniske meldesystem er tilgjengelig for de ansatte via sykehusets intranett, og sykehusets kvalitetsutvalg er ansvarlig for systemet. Meldesystemet er designet for å samle og systematisere informasjon om årsaker og konsekvenser av hendelsene til bruk i forbedringsarbeid. Meldesystemet utgjør da et grunnlag for vurdering av hvor det finnes risikofylte områder og hvor det kan settes inn tiltak av forebyggende karakter (Høyland 2010). Alle typer hendelser, fra uhell, personalskader og pasientskader til driftssvikt skal registreres i det samme systemet. I denne oppgaven fokuserer jeg på uønskede hendelser som innvirker på pasientbehandlingen. I Norge er det fire meldesystemer i bruk, slik som Synergi, EQS (Extend Quality System), Docmap (elektronisk ledelses- og kvalitetssikringssystem) og TQM (Total Quality Management) (Krogstad og Saunes 2009). Meldesystemer refereres til med flere navn, slik som synergi, avvikssystem og lignende. I min oppgave vil jeg bruke betegnelsen meldesystem.

### **1.3 Rapportering gjennom meldesystemer**

Hjort (2007) skriver at det er menneskelig å feile, og at hendelser skjer i den daglige arbeidspraksis. Han fremmer en kulturendring som sørger for at pasienter blir skjermet for skade ved at helsepersonell bør være åpne med hendelser, slik at de kan lære av hendelsene (Hjort 2007). Aase og Wiig (2010) påpeker at det å få informasjon om hendelser bør sees som essensielt, slik at dette kan brukes til å få oversikt over hvor det foreligger sårbare områder på arbeidsplassen. De begrunner ut fra flere studier at dette ikke er tilfellet i helsevesenet per i dag. En av årsakene kan være at man i utdanningen lærer om en ideell helsetjeneste der arbeidet man utfører i utgangspunktet er feilfritt, slik at årsakene til feil må tilskrives individuelle forhold. De viser også til en forskningsstudie fra Norge som gir indikasjoner på at mer enn halvparten av uønskede hendelser ikke blir rapportert. Selv om fokuset på uønskede hendelser har endret seg de senere år bidrar frykt for sanksjoner, negative reaksjoner og medieoppmerksomhet til en underrapportering. Derimot er det heller tilfelle at alle nesten alt

medisinsk personell erfarer å gjøre feil som er til skade (eller nesten skade) på pasienter i løpet av sin yrkeskarriere. Åpenheten omkring å innrømme, diskutere eller skape arenaer for læring av hendelsene kan være begrenset (Aase og Wiig 2010).

Elektroniske meldesystemer har vært i bruk i en del år. Lederman m. fl. (2013) viser at det er et klart misforhold mellom rapporteringsfrekvens og forekomsten av uønskede hendelser. De stiller spørsmålet om det finnes barrierer som er spesifikke for sykepleiere mot å anvende teknologi i deres arbeidshverdag som gjør sykepleiere motvillige til å rapportere uønskede hendelser. Forfatterne viser til at etter innføring av elektroniske meldesystemer har rapporteringsfrekvensen ikke økt, noe de mener skyldes manglende tilbakemeldinger på de rapporterte hendelsene. Nytteeffekten av rapportering ble oppfattet som lav (Lederman m. fl. 2013).

Flere internasjonale studier beskriver hvordan kulturelle forhold har betydning for bruken av meldesystemet. Dette oppsummeres i en oversiktsartikkel av Pfeiffer, Manser og Wehners (2010) hvor forfatterne gir en oversikt over barrierer og motivasjonsfaktorer i forbindelse med rapportering, med utgangspunkt i både individuelle og organisasjonsmessige forhold. Studiene som presenteres tar hovedsakelig for seg årsaker som holdninger, psykologiske barrierer og menneskelige sosiale og organisatoriske forhold, som innvirker på rapportering. Forhold som har betydning for rapportering er eksempelvis forståelse av hvordan man bruker meldesystemet, redsel for eventuelle sanksjoner eller mangel av tid til å rapportere og manglende tilbakemelding av rapporterte uønskede hendelser (Pfeiffer, Manser, og Wehner 2010).

Hjort (2007) viser til tall fra utenlandsk forskning som tyder på at forekomsten av uønskede hendelser er langt høyere enn det som blir rapportert her til lands (Hjort 2007). Braut og Holmboe (2010) påpeker at helsetjenesten i Norge er mer tilbøyelig til å rapportere om situasjoner som har fått alvorlige konsekvenser enn hendelser med mindre følger, selv om de sistnevnte kan ha stor sikkerhetsmessig betydning (Braut og Holmboe 2010). Studier om meldesystemer ses gjerne i lys av frekvens av rapportering eller barrierer mot rapportering (Aase 2010b). Videre er flere tidligere studier basert på papirbaserte meldesystemer, ikke elektroniske systemer (Lederman m. fl. 2013).

#### **1.4 Problemstilling**

En problemstilling kan være teoridrevet, problemdrevet eller empiridrevet (Repstad 2009, 31-32). Min interesse for meldesystemer bunnet i egen erfaring og interesse fra arbeidspraksis.

Jeg satte opp hvilke temaer jeg var interessert i før jeg gikk i gang med forskningen. Jeg erfarte så at min problemstilling ble til underveis. Jeg endret innfallsvinkelen fra hvordan sykepleiere *håndterer* uønskede hendelser i pasientbehandlingen til hvordan sykepleiere forholder seg til meldesystemer og uønskede hendelser. Slik måtte problemstillingen justeres etter mine erfaringer med datamaterialet, og betraktninger rundt teori. I kvalitative undersøkelser beveger forskeren seg ofte i et ukjent terreng, og det anbefales at man stiller seg spørsmål underveis i arbeidet (Repstad 2009). Dette vil hjelpe til med å holde fokuset og bidra til refleksjoner underveis i prosessen. Utformingen av problemstillingen er slik en kontinuerlig prosess (Thagaard 2010).

Problemstillingen i oppgaven er:

- *Hvilke forhold innvirker på sykepleieres relasjon til uønskede hendelser og det elektroniske meldesystemet ved et sykehus?*

Denne problemstillingen oppfatter jeg har følgende underproblemstillinger:

- Hvordan beskriver sykepleierne ulike sammenhenger der de tar i bruk meldesystemet til å rapportere uønskede hendelser?
- Hvordan forventer sykepleierne at meldesystemet skal fungere?
- Hvilke utfordringer kommer frem i sykepleiernes beskrivelser av bruk av meldesystemet?
- Hvorfor blir få uønskede hendelser til rapporter i meldesystemet?

## **1.5 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven er delt inn i en innledning og 5 hovedkapitler. I oppgavens kapittel 2 presenterer jeg oppgavens teoretiske rammeverk. I kapittel 3 forklarer jeg valg av metode, innsamling av data og hvordan analysen av data utføres. I kapittel 4 og 5 fokuserer jeg på presentasjon, diskusjon og analyse av datamaterialet. Kapittel 4 omhandler hva som innvirker på rapportering, mens kapittel 5 omhandler hva som skjer etter rapportering, og hva som skjer når man ikke rapporterer. I kapittel 6 oppsummeres mine funn i en større sammenheng, der jeg diskuterer aspekter ved meldesystemets grunnleggende funksjon sett opp mot faktiske arbeidsprosesser og kvalitetsforbedring i sykehus.



## **2 Teoretisk rammeverk**

I dette kapittelet vil jeg utdype oppgavens teoretiske rammeverk. Det teoretiske rammeverket legger føringer for de analytiske betraktninger jeg foretar senere i oppgaven. Jeg vil innledningsvis redegjøre for uønskede hendelser i praktisk pasientarbeid ved sykehus, og hvordan meldesystemet er knyttet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid. Videre redegjøres det for teoretiske betraktninger om teknologi og samfunn inspirert av Science and Technology Studies (STS), med fokus på aktør-nettverksteori.

### **2.1 Risiko i helsevesenet som sosioteknisk system**

#### **2.1.1 Risikovurderinger i hierarkiske nivåer**

Pasientbehandling er forbundet med risiko. Pasientbehandling er en aktivitet som foregår i et komplekst system, der alle ledd involvert i pasientbehandlingen har betydning for pasientens sikkerhet (Kohn, Corrigan, og Donaldson 2000). Norsk helsevesen kan ifølge Aase og Wiig (2010) beskrives som et system bestående av hierarkiske nivåer som innvirker og bestemmer noe om hvordan pasientbehandlingen skal utføres. De hierarkiske nivåer vil eksempelvis være Stortinget, regjeringen, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, foreninger (sykepleieforbundet, legeforeningen), regionale helseforetak, sykehus, klinikker, sengeavdelinger, ansatte, og tilhørende arbeidsoperasjoner som utføres i møtet med pasienten. Pasientsikkerhet dreier seg om hvordan alle disse nivåene prioriterer og legger til rette for pasientsikkerhetsarbeid som foregår helt ned til avdelingsnivå. Dette kan oppfattes som et sosioteknisk system der flere aktører innvirker på den samlede risikovurderingen av pasientbehandlingen. På hvert nivå vil endringer forekomme i form av for eksempel ny lovgivning, endret politisk klima, endrede markedsforhold, endringer i organisasjoners kompetansenivå eller teknologiske endringer. De hierarkiske nivåene oppfattes som gjensidig avhengige for å støtte opp om arbeidsoperasjonene i den «spisse enden» i systemet, det vil si den praktiske pasientbehandlingen. Pasientbehandlingen er slik påvirkelig av endringer på alle nivå. Et sosioteknisk system kan videre sies å ha utfordringer med informasjonsflyt, kommunikasjon og tilbakemeldingsprosesser blant beslutningstakere, ulike oppfatninger av risiko på tvers av ulike nivåer, og beslutninger tas ut fra ulike hensyn der det er vanskelig for ansatte, beslutningstakere, tilsyn og politikere å forstå rekkevidden av egne handlinger og beslutninger for resten av systemet (Aase og Wiig 2010, 64-65). Forstås helsevesenet slik vil det kreve et omfattende arbeid for å være i stand til å evaluere et slikt systems grad av sikkerhet for pasienten. Et begrep som brukes er transparens i systemet, det vil si i hvilken grad det er mulig å knytte sammenhenger mellom arbeidsprosesser og hendelser (Westphal,

Forbes, og Barach 2010). Meldesystemer kan forstås som å knytte sammenhenger mellom arbeidsprosesser og hendelser.

### 2.1.2 Uønskede hendelser

*New England Journal of Medicine* offentliggjorde I 1991 den såkalte «Harvard Medical Practice Study I» (Brennan m. fl. 1991). I studien defineres en “adverse event” slik:

*«We defined an adverse event as an injury that was caused by medical management (rather than the underlying disease) and that prolonged the hospitalization, produced a disability at the time of discharge, or both»* (Brennan m. fl. 1991, 370).

Mogensen og Pedersen (2003) oversetter denne definisjonen som en «utilsiktet hendelse»:

*«en utilsiktet skade eller komplikasjon, som er forårsaget af behandling eller pleje og ikke af patientens sygdom. En utilsiktet hændelse resulterer i invaliditet, død eller forlenget hositalsophold eller funktionsindskrænkning på udskrivelsestidspunktet. Feil, der ikke medfører større konsekvenser for patienten, er således ikke talt med. Utilsigtede hændelser dækker over både feil og komplikationer»* (Mogensen og Pedersen 2003, 19).

Hjort (2004) skriver at det brukes mange ulike ordvalg når temaet “feilbehandling” i helsevesenet diskuteres, slik som uhell, feil, uønskede eller utilsiktede hendelser. Han fremhever videre at betegnelsen *uheldige* hendelser er mer hensiktsmessig fordi begrepet er nøytralt og ikke sier noe om årsak eller skyld. Begrepet er en direkte oversettelse av det engelske uttrykket «*adverse event*» (Hjort 2004). Hjort (2007) definerer en uheldig hendelse slik:

*“En uheldig hendelse i helsetjenesten er noe som ikke skulle ha hendt. Den kan være knyttet til pleie, undersøkelse, behandling eller bare besøk i en institusjon (f.eks. fallskade). Den kan få uønskete og uheldige konsekvenser, små eller store. Men den behøver ikke få noen konsekvenser i det hele tatt. I noen tilfeller blir hendelsen fanget opp i tide og dermed unngått, dvs. «en nesten-hendelse» eller «near miss»* (Hjort 2007, 23).

Pasientbehandling er i seg selv risikofylt, og Hjort viser til et prinsipielt skille mellom komplikasjoner, bivirkninger og uheldige hendelser.

*«En bivirkning eller en komplikasjon er en statistisk påregnelig risiko som er knyttet til undersøkelse og behandling, og en velger å ta risikoen. En uheldig hendelse, derimot, er noe som ikke skulle skje i det hele tatt» (Hjort 2007, 25).*

Uheldige hendelser definert slik er eksempelvis at det ikke ordineres forbyggende blodfortynnende til pasient (pasienten får blodpropp), at medisin gis intravenøst via blodåresystemet som skulle vært gitt oralt, eller pasientene ikke blir mobilisert grunnet personellmangel. Dette er åpenbare feil som ikke skal skje. Hjorts forståelse av begrepet uheldige hendelser har noen begrensninger. Hjort definerer, slik jeg forstår det, uheldige hendelser mer ut fra de konsekvenser hendelsen hadde, enn hva en hendelse er.

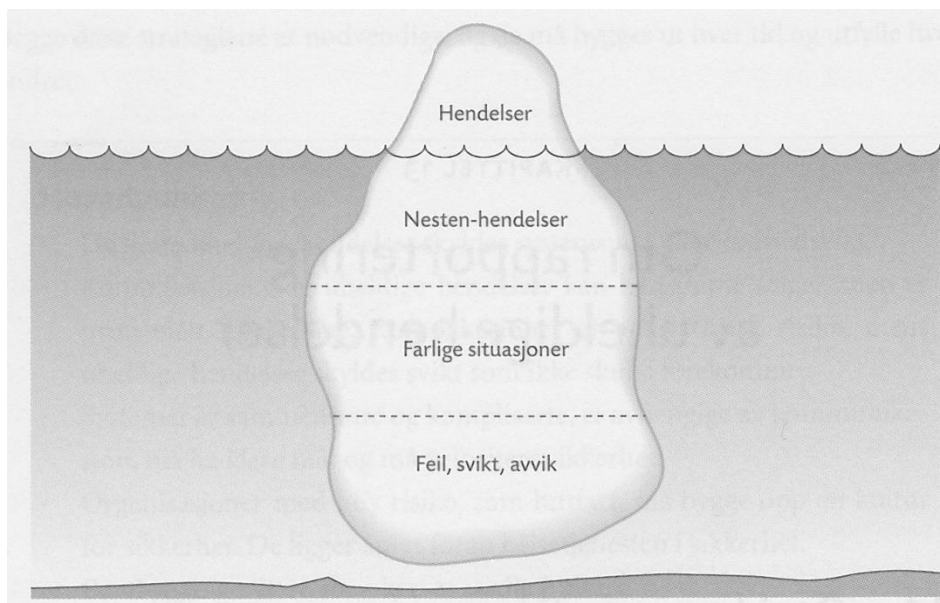
Aase (2010) sier at en uønsket hendelse har samme betydning som både en utilsiktet hendelse og en uheldig hendelse. Dette betyr at en uønsket hendelse innebefatter skader og komplikasjoner som skyldes det faktum at pasienten simpelthen er inne til behandling, og ikke bare hendelser forstått som noe som ikke skulle ha hendt, sett fra helsepersonellens synspunkt (Aase 2010a, 26-27). Det er forskjell på en hendelse som får en klar konsekvens og pasientskade og en hendelse som potensielt kunne ført til pasientskade. Jeg velger å knytte meg til begrepet uønsket hendelse siden det omfatter både at en pasientskade har skjedd, og at den kunne skjedd. Når jeg ellers refererer til hendelser er dette å forstå som uønskede hendelser.

### **2.1.3 Aktive og latente feil**

Hjort (2007) skriver at de mest alvorlige feilene ofte angis som toppen av isfjellet. Figur 1 illustrerer uønskede hendelser i helsetjenesten. Akkurat som et isfjell i sjøen er det bare en liten andel av hendelsene som er synlige på overflaten.

Latente feil er usynlige eller lite synlige konsekvenser av vurderinger som ligger til grunn for arbeidsprosessene ved et sykehus, der ansvaret i all hovedsak ligger hos ledelse og organisasjon. Gitt at helsevesenet er et sosioteknisk system der risiko kan oppfattes ulikt på ulike hierarkiske nivå, vil avgjørelser i et nivå kunne påvirke risikoen i andre nivåer (Westphal, Forbes, og Barach 2010; Kohn, Corrigan, og Donaldson 2000; Aase og Wiig 2010). Dersom for eksempel en ny lov innføres av Stortinget kan dette få konsekvenser helt ned på pasientbehandlingsnivå. Likeså kan det foreligge mer eller mindre skjulte beslutninger fra overordnet ledelse begrunnet eksempelvis ut fra økonomiske hensyn eller bemanningshensyn som har konsekvenser for risikoen ved behandlingen av den enkelte pasient. Latente feil kan da forstås som beslutninger eller urealistiske planer som man ikke ser

konsekvensene av før de utspiller seg i praksis (Schuster og Nykolyn 2010). Latente feil kan også stamme fra lokale forhold ved den enkelte klinikk eller avdeling.



**Figur 1: Hjort (2007), inspirert av studier om meldesystemer bruker en isfjellallegori for å beskrive at de fleste hendelsene ligger «under overflaten» (Hjort 2007, 116; Battles m. fl. 1998).**

Aktive feil utløses i pasientbehandlingen og har umiddelbare konsekvenser. Latente feil blir ikke nødvendigvis identifisert før i etterkant av en aktiv feil (Kohn, Corrigan, og Donaldson 2000). Uønskede hendelser kan også forårsakes av en enkelt ansatt grunnet individuelle feilvurderinger og forglemmelser, som for eksempel at man glemmer å utføre et sårstell. Helsevesenet kan sies å ha beveget seg fra å rette skylden mot den enkelte helsearbeider, og iverksetting av tiltak som fokuserer på den enkelte feilen (Kohn, Corrigan, og Donaldson 2000), til å lete etter årsaker til feil i hele organisasjonen og dertil tilhørende organisatoriske systemer. Fra ledelseshold må det tas sikte på å skape en organisasjon med arbeidstakere som opplever trygghet for å kunne være åpen om risiko. Organisasjonen bør være åpen, tåle saklig kritikk og være villig til reformer (Hjort 2007). Dette kjennetegner «high-reliability»-organisasjoner innen høyrisikoområder som luftfart, petroleumsutvinning og offshorevirksomhet (Waring 2007).

Ved å se på helsepersonellet som den «spisse enden» i det sosiotekniske systemet, kan personalets handlinger også tilskrives beslutningsprosesser og organisering i et høyere nivå i organisasjonen (Hjort 2007; Reason 1997; Waring 2007). Den enkelte arbeider innehar også en egen vurderingsevne med dertil ansvar for sine handlinger. Aktive feil har slik forbindelse



med kompetanse, erfaring og vurderingsevne hos den enkelte. En organisasjon kan søke å sikre seg mot slike feil ved å innføre prosedyrer, ulike sikkerhetsnett og en åpen kommunikasjon om at feil forekommer. Det kan sies å ha vært en oppfatning i helsevesenet at man ikke egentlig feiler, men at uønskede hendelser er hendelige uhell som er uunngåelige gitt arbeidets risikofylte natur. De senere år har fokuset rettet seg mer mot at det er menneskelig å feile, selv i helsetjenesten (Høyland 2010).

Meldesystemer er ment å fange opp både aktive og latente feil (Hjort 2007). Uønskede hendelser består som oftest av en kombinasjon av begge typer feil. Det er opp til den enkelte helsearbeider å observere og rapportere uønskede hendelser. Siden det er en kjent underrapportering av uønskede hendelser er spørsmålet om uønskede hendelser i like stor grad rapporteres ved alvorlig pasientskade som for nesten-uhell og uforsvarlige rutiner. De sistnevnte kan kjennetegne latente feil. Dette er hva som menes med at de fleste hendelsene ligger under overflaten (Hjort 2007).

#### **2.1.4 Kvalitetsforbedring ved sykehus**

Pasientsikkerhet handler om å bidra til å redusere forekomsten av uønskede hendelser i pasientbehandling og forebygge at hendelsene gjentar seg (Aase 2010a, 26). Som ledd i pasientsikkerhetsarbeidet i Norge er det et fokus på at man skal arbeide med de meldesystemene man har for å bidra til kvalitetsforbedring.

Gitt de sosiotekniske systemene er det utfordringer ved de hierarkiske nivåene og samhandlingen mellom nivåene. Sykepleiere kan oppleve seg fremmedgjort fra bestemmelser fra høyere nivåer som følge av utfordringer med å kommunisere på tvers av systemene. Bestemmelser i andre nivå kan oppleves som ikke å stemme overens med deres virkelighet. Pasientsikkerhet kan slik sies å være summen av alle risikovurderingene i alle nivåer i det sosiotekniske systemet (Aase og Wiig 2010).

WHO (2005) skriver at informasjonen fra meldesystemer utgjør et svært viktig informasjonsgrunnlag i arbeidet for å forbedre pasientsikkerhet (WHO 2005a). I Norge har ulike papirbaserte skjemaer vært i bruk som verktøy for å ivareta oversikt over uønskede hendelser i pasientbehandling siden meldesentralen til Statens helsetilsyn ble etablert i 1993 (Hjort 2004). Elektroniske meldesystemer er i ferd med å ta over papirbasert rapportering på landsbasis (Høyland 2010). Meldesystemer er ment å fange opp så vel alvorlige som mindre alvorlige hendelser så lenge de utgjør forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.

WHO (2005) anbefaler flere hovedanliggender i sine retningslinjer for meldesystemer: Meldesystemer skal brukes til læring i pasientsikkerhetsarbeid. Helsepersonell må føle at det er trygt å rapportere. Rapportering har bare en verdi dersom det leder til en konstruktiv respons, og ideelt sett bør tilbakemeldingene bestå av anbefalinger for endringer i prosesser og systemer i helsevesenet. En meningsfull analyse, læring, og å spre læringsutbytte gjør det nødvendig med ekspertise og menneskelige og økonomiske ressurser på området. Den enheten som mottar slik informasjon må være må være kapabel til å spre informasjonen, lage anbefalinger for endringer og formidle utvikling av løsninger. Dette vil si at å rapportere sørger ikke alene for å forbedre pasientsikkerheten. Det er responsen og tilbakemeldingen som leder til en endring. En rapport burde lede til en dyptpløyende etterforskning for å identifisere underliggende latente systemfeil og anstrengelser for å endre og forbedre systemet for å forhindre gjentakelse (WHO 2005a).

#### **2.1.5 Internkontroll og kvalitetsutvalg**

Sykehuset har en plikt til å ha et kvalitetsutvalg og et internkontrollsystem. Kvalitetsutvalget skal fungere som et ledd i internkontrollen som helseinstitusjonene skal føre med egen virksomhet. Sykehuset er pliktig til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Molven 2009a). Hensikten med internkontrollsystemet er å føre kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i tjenestene (Molven 2009b). Arbeidsgiver og leder har ansvar for å legge forholdene til rette i form av tilstrekkelig faglig bemanning, sikring av rutiner og dokumentasjon slik at det er mulig å utøve forsvarlig virksomhet (Molven 2009b; Sykepleierforbundet 2013).

Sykehusets kvalitetsutvalg skal ved hjelp av meldesystemet forebygge gjentakelse av uønskede hendelser ved å iverksette tiltak for å avdekke og rette opp i disse. Formålet er å hindre skader på pasienter, minske forverring av deres helsetilstand og derav sørge for forsvarlig behandling (Sykepleierforbundet 2009). «*Kvalitetsutvalgene skal bidra til å skape kultur blant ansatte som gjør at avvikshendelser brukes aktivt for å forebygge kvalitetssvikt*» (Sykepleierforbundet 2008, 13). Helsetilsynet har i tilsynsrapporter påpekt at helseinstitusjoner må bli enda bedre til å forebygge uønskede hendelser og bedre pasientsikkerheten (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). I år 2000 utførte Helsetilsynet tilsyn med kvalitetsutvalgenes arbeid ved 50 sykehus, der det ble påpekt at kun 8 av sykehusene kunne sies å bruke rapporterte hendelser til systematisk forbedringsarbeid (Helsetilsynet 2001). Til tross for at kvalitetsutvalgene da hadde fungert i 10 år ville det ut fra dette tilsynet virke som de ennå ikke var i nærheten av den funksjon de var tiltenkt som en del

av internkontrollen. Det er heller ikke opplagt at de oppfyller denne funksjonen den dag i dag (Molven 2009a). Høyland (2010) skriver at ulike forhold vil innvirke på helsearbeideres rapporteringsvilje og rapporteringsevne i meldesystemer, slik som holdninger og handlinger fra andre kollegaer, teknologi og «*organisasjonen som helhet*» (Høyland 2010, 103).

#### **2.1.6 Kvalitetsarbeidet ved sykehuset**

Kvalitetsutvalget ved sykehuset hvor denne undersøkelsen er utført består av et sentralt kvalitetsutvalg, og klinikkvise kvalitetsutvalg<sup>1</sup>. Rapporter om uønskede hendelser skal behandles generelt så nært til hendelsen som mulig, det vil si av avdelingsleder som har detaljkunnskap om lokale årsaksforhold. Avdelingslederen har også beslutningsmyndighet til eventuelle forbedringstiltak. Kvalitetsutvalget forventer slik at de fleste rapportene skal behandles ferdig og lukkes av nærmeste leder. Dersom rapportene omhandler forhold som ligger utenfor avdelingslederens myndighetsområde, men omfatter hendelser som vurderes til å påkrevne oppmerksomhet fra ledere på høyere nivå, skal avdelingslederen sende rapportene videre. Et tilleggskrav fra kvalitetsutvalget er at uønskede hendelser som har eller kunne ført til alvorlig pasientskade eller død skal videresendes fra avdelingsleder til klinikkens kvalitetsutvalg for sluttbehandling i form av kvalitetssikring av analyse og tiltak. Denne organiseringen av analyse- og tiltaksarbeidet er ment å dimensjonere arbeidsmengden til å stå i forhold til risikoen den uønskede hendelsen representerer. Dette mener kvalitetsutvalget er viktig for å øke ledernes engasjement. Tilbakemeldingen til den enkelte ansatte som rapporterer den uønskede hendelsen sendes alltid som en e-post når den som er saksbehandler lukker saken.

Oppfølging av tiltak og erfaringsutveksling gjøres til dels av klinikkenes kvalitetsutvalg som rapporterer til ledergrupper i klinikker og avdelinger. Det forutsettes at dette gjøres jevnlig i leder- og personalmøter i alle avdelinger. Ytterligere kan det gjøres «systemtiltak» felles for sykehuset, der faginstanser som ulike komiteer (legemidler, IKT, medisinsk-teknisk, informasjon, virksomhet, innkjøp, smittevern etc.) involveres i enkelthendelser. Det kan også gjøres tiltak basert på forekomst av «hendelsetyper», altså ikke kun på bakgrunn av en enkelthendelse.

Kvalitetsutvalget opptrer som rådgivere for ledere som ber om eller som kvalitetsutvalget mener trenger bistand. Kvalitetsutvalget deltar også i alle klinikkenes kvalitetsutvalg der de

---

<sup>1</sup> Jeg forespurte en ansatt ved kvalitetsutvalget som gav meg informasjon om kvalitetsarbeidet ved sykehuset.

kan påvirke konklusjoner om tiltak. Kvalitetsutvalget kontrollerer også lukkede saker i meldesystemet som de mener ikke er godt nok håndtert. Kvalitetsutvalget ved dette sykehuset fortalte at de ikke hadde tid til å lese absolutt alle rapporter, men at de mente de var godt orientert om alvorlige hendelser hver dag, og at de jevnlig kontaktet ledere i den hensikt å bidra til analyse og styrke meldeplikten. Dette ble gjort enten via telefon eller som en skriftlig henvendelse.

Kvalitetsutvalget opplyste at de hadde stor tro på at det var årsaksanalyser av enkeltsaker, stadig strengere krav til omfang av tiltakene samt effektevalueringer av tiltakene, som ledet til kvalitetsforbedring. Statistikk over hendelser mente kvalitetsutvalget fortalte noe om risiko, men de mente statistikk sjelden gav opphav til å finne grunnleggende årsaker til hvorfor hendelsene skjer. Dette er i samsvar med Billings (1998), som ut fra erfaring med meldesystemer i luftfarten, sier at kun å telle hendelser er ineffektivt fordi å rapportere er frivillig og ikke obligatorisk. Han legger også til at det er mye informasjon om en hendelse i en rapport som mangler, som gjør det vanskelig å karakterisere hendelsen helt korrekt. I luftfartens rapporteringssystem går man i dybden for å analysere hendelsene som et narrativ, det vil si en fortelling som beskriver et mer komplekst hendelsesforløp, snarere enn en enkel kategorisering av en hendelse (Billings 1998).

Følger man Saunes og Krogstads (2009) gjennomgang av flere norske sykehus om hvordan meldeordningen er organisert, vil dette sykehusets kvalitetsutvalg ha fulgt anbefalingene at enkelthendelser rapporteres til nærmeste leder og behandles på lavest mulig nivå. Kvalitetsutvalgene kvalitetssikrer rapportene. De skriver videre at pasientsikkerhet skapes i sykehusene og det er der forbedring også må foregå (Krogstad og Saunes 2009).

## **2.2 Arbeidsprosesser på sykehus**

### **2.2.1 Sykepleiernes arbeidsområde**

Sykehus er spesialiserte organisasjoner der virksomheten er inndelt i avgrensede enheter som ivaretar ulike funksjoner, deriblant serviceenheter og behandlingenheter. Behandlingsenhetene er helt overordnet inndelt i medisinske og kirurgiske spesialområder, slik som medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk. Klinikken har igjen sin inndeling i mer eller mindre spesialiserte sengeavdelinger og spesialavdelinger. Sykepleiere har sitt arbeidsområde tilknyttet en sengeavdeling eller en spesialavdeling. På spesialavdelingen er sykepleieren kontinuerlig på pasientrommet i nærheten av pasientens seng, da det er behov for overvåkning. På sengeavdelingen går sykepleierne medisinerunder, behandlingsrunder

(eksempelvis sårstell, stell, intravenøs væske, administrering av medisiner) og observerer og vurderer kontinuerlig pasientens behandlingsbehov. Pasientene kan også tilkalle sykepleierne dersom de ønsker kontakt. Sykepleieren tar hånd om pasientbehandlingen, følger legens forordninger, observerer pasienten, gjør vurderinger og tiltak fortløpende. Legene ser pasientene på visittunder eller ved ekstra tilsyn ved behov. Legene er altså ikke til stede ved pasientene på samme måte som sykepleierne (Olsvold 2010). Nærmeste administrative overordnede for sykepleiere er i de fleste tilfeller en sykepleier i avdelingslederstilling som er ansvarlig for sin sengeavdeling eller spesialavdeling. Sykepleiernes arbeids- og ansvarsområder gjenspeiles i de mange ulike arbeidsoppgavene de har i løpet av arbeidshverdagen. Arbeidsoppgavene formes også av sykepleiernes omgivelser, teknologi, arbeidskolleger, og myndighetenes og arbeidsplassens krav til pasientbehandlingen. Arbeidet er komplekst, svært variert og det stilles høye krav til sykepleierens årvåkenhet, medisinske og tekniske kompetanse, presisjon og evne til å prioritere hensiktsmessig pasientbehandling.

Sykepleiere identifiserer og tar ansvar for oppgaver som går ut over deres formelle ansvarsområder, og de tar et omfattende og helhetlig ansvar for pasientforløpene (Olsvold 2010). Vikkelsø og Vinge (2004) skriver at arbeidsdelingen mellom leger og sykepleiere er sammensatt, og at de har ulike ansvarsområder som glir over i hverandre. De er avhengig av godt samarbeid vedrørende pasientbehandlingen. Legenes og sykepleiernes oppgaver er ikke alltid tydelig avgrenset og denne utviskingen av faggrenser er i høy grad med på å sikre at oppgaver blir løst og skaper et fundament for organisatorisk fleksibilitet i forbindelse med konkret oppgaveløsning i hverdagen. Selv om eksempelvis ordinering av legemidler er legens anliggende, vil sykepleieren ofte påpeke forhold vedrørende medisineringsen, uavhengig av om sykepleierens formelle ansvar er å dosere og administrere ordinerte medisiner og observere effekten av dem (Vikkelsø og Vinge 2004b, 46-47). Sykepleieren kjenner som oftest pasienten mer inngående da sykepleiere tilbringer mer tid på døgnbasis i samhandling og observasjon av pasienten enn det legen gjør på sin visittunde (Olsvold 2010; Schuster og Nykolyn 2010; Vikkelsø og Vinge 2004b).

### **2.2.2 Sykepleierens dokumentasjonsplikt**

Pasientbehandling utløser en dokumentasjonsplikt for sykehus og deres ansatte (Molven 2009a). Sykepleiere har etter helsepersonelloven § 39 plikt til å føre journal:

*«Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient (...)» (Helsepersonelloven 1999).*

Videre vises i § 40, første ledd som omhandler krav til journalens innhold:

*Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov (...) (Helsepersonelloven 1999).*

Det er interessant at loven pålegger sykepleierne å følge meldeplikten når de dokumenterer, det vil si å nedtegne opplysninger om uønskede hendelser i journal.

### **2.2.3 Sykepleierens meldeplikt**

Meldeplikten til det enkelte helsepersonell bør brukes til å forebygge at uønskede hendelser gjentar seg (Helse- og omsorgsdepartementet 2010-2011). Sykepleiere har en plikt til å rapportere hendelser som kunne medført betydelig personskaade, likeså de hendelsene som har ført til skade (Molven 2009a). Sykepleiernes meldeplikt er spesifikt uttrykt i helsepersonellovens § 17:

*Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.» (Helsepersonelloven 1999).*

Noe som kan være verdt å merke seg er at her bruker loven begrepet fare for pasienters sikkerhet og ikke faglig forsvarlighet. Dette kan tolkes dit hen at det er ikke bare forekomne pasientskader, men også forhold som kan føre til fare for pasienters sikkerhet (Molven 2009a). Molven og Gammeltvedt (2012) presiserer ut fra lovforarbeidene hva som menes med *forhold*:

*«tiltak, rutiner, teknisk utstyr, svikt og mangler i organiseringen av tjenesten, herunder manglende helsepersonell. Likeså kan det være enkeltpersoner som på bakgrunn av manglende personlige eller faglige kvalifikasjoner representerer en alvorlig fare for pasientens sikkerhet. Det kan skyldes psykiske lidelser, rusmiddelmisbruk, manglende oppdatering av faglige kvalifikasjoner eller vilje til å innrette seg etter egne kvalifikasjoner» (Molven og Gammeltvedt 2012, 4-5).*

Dette kan forstås dithen at varslingsplikten inntreer uansett hva det er som forårsaker at sikkerheten til pasienten er truet (Molven og Gammeltvedt 2012).

#### **2.2.4 Informasjonsteknologi som støtte i pasientbehandling**

Dokumentasjonssystemene er elektroniske IKT-verktøy som vi kjenner som elektronisk pasientjournal (EPJ). EPJ er utgangspunktet for både planlegging og dokumentasjon av alt pasientarbeid ved sykehuset. De ansatte deler gjerne datamaskiner med flere andre ansatte for å utføre dokumentasjonen, i forkant og i etterkant av pasientbehandlingen. I det daglige arbeidet nedtegnes det i EPJ rapporter om dagens pasientforløp. Dette gjøres ved hvert vaktskifte, det vil si tre nedtegnelser per dag for sykepleiere. Her dokumenteres sykepleierens vurdering av pasientens tilstand, effekten av behandling og så videre. Legen skriver sitt eget notat. Lege- og sykepleiedokumentasjonen er inndelt i ulike mappestruktur i den enkelte pasients journal. I tillegg skal det dokumenteres daglig i medisinkurve (nøkkelinformasjon om pasientens medisinske behandling) som også nå finnes elektronisk ved enkelte avdelinger. Ulike andre elektroniske systemer som meldesystemet finnes også tilgjengelig på datamaskiner knyttet til sykehusets intranett.

I de ansattes arbeidshverdag vil det være ulike grad av bruk av de elektroniske systemene. Dokumentasjon av pasientbehandlingen står sentralt, hvilket vil si at EPJ *alltid* er i bruk, mens andre systemer brukes ved behov. Bruk av informasjonsteknologi fremstår uansett som naturlig del av i arbeidshverdagen ved sykehuset.

#### **2.2.5 Sykehusets elektroniske meldesystem**

Meldesystemet ved sykehuset som elektronisk verktøy er egentlig et utvekslingssystem der elektroniske rapporter sendes fra ansatte med nærhet til pasientbehandlingen til nærmeste avdelingsleder. Ideen er at rapporter skal behandles på lavest mulig nivå. Den ansatte som rapporterer skal få en automatisk kvittering på at rapporten er mottatt via den ansattes interne e-post, og tilbakemelding med konklusjon på rapporten når den er ferdigbehandlet. Meldesystemet har også den funksjonaliteten at det sendes e-poster som tilbakemelding automatisk til den ansatte som rapporterte.

For å registrere en hendelse må den som skal rapportere finne intranettet, klikke på linken til meldesystemet for så å identifisere seg selv ved å logge seg inn med brukernavn og passord. Inne på meldesystemet får man tre valg om hvilken type hendelse man ønsker å registrere, slik som eksempelvis en pasienthendelse. Når man så har valgt pasienthendelse, vil et skjema med flere «bokser» for tekstutfylling utgjøre rapporten for registrering av hendelsen, med felter for dato, sted og beskrivelse av hvorfor hendelsen skjedde. Eksempler på bokser for tekstutfylling er rubrikkene kalt «beskrivelse av hendelsen», «årsaker til at hendelsen oppstod» og «forbedringsforslag». Systemet er laget slik at sykepleiers identitet er synlig for

den som mottar rapporten. Rapporten som leveres går direkte til nærmeste avdelingsleder. For sykepleierne vil dette si at deres avdelingsleder som blir førstehånds saksbehandler for rapporten. Avdelingsleder leser rapporten, behandler den eller sender så rapporten videre til den avdelingen, personen, eller temaet som rapporten omhandler. Avdelingsleder mottar den behandlede rapporten og sender tilbakemelding til sykepleieren som rapporterte. I utgangspunktet er det altså ingen andre ansatte ved avdelingen som ser rapporten eller tilbakemeldingen. Når en hendelse forekommer skal man som sykepleier vurdere om det er behov for strakstiltak og eventuelt informere lege, man skal dokumentere i elektronisk pasientjournal at man har rapportert i meldesystemet, og man skal informere pasient eller pårørende om hendelsen<sup>2</sup>.

Her har jeg forsøkt å beskrive at det er mangfoldige elementer involvert i hvordan meldesystemet brukes, avhengig av rapportens karakter og tematikk. Rapporten vil involvere den enkelte sykepleier som rapporterte hendelsen, men også flere ulike andre elementer, slik som andre avdelinger, sykepleiere, leger, pasienter, elektronisk pasientjournal, ledere, datamaskiner og kvalitetsavdelingen ved sykehuset for å nevne noen.

## **2.3 Samspill mellom teknologi, menneske og organisasjon**

### **2.3.1 STS-studier**

Pasientbehandling er støttet av teknologi, forstått som teknologiske artefakter. Artefakter er gjenstander eller produkter framstilt av mennesker for å fungere som redskaper for å utføre et arbeid eller å bearbeide informasjon. For dokumentasjon og oversikt over pasientbehandlingen var for eksempel papirbaserte verktøy lenge gjeldende før elektroniske systemer tok over. Teknologi har uansett betydning for arbeidsprosesser i sykehus (Berg 1999). Jeg forstår samspillet mellom sykepleierne og meldesystemet som et samspill mellom menneske og teknologi og organisasjon. Siden rapportering av uønskede hendelser ifølge litteraturen er mangelfull, betrakter jeg dette samspillet som dynamisk og ustabilt, der en vurdering eller forhandling gjøres for hvorvidt en rapport skrives eller ikke. Imidlertid er det klart at flere aspekter som nevnt ovenfor spiller inn i dette samspillet. Et sykehus utgjør et nettverk av personale, pasienter, bygninger, teknologier, normer, klassifikasjoner, regelsett etc. som vil være med på å forme sykehushverdagen (Vikkelsø og Vinge 2004b). Pasientbehandling oppfattes som en dynamisk prosess der det inngår en sammensmelting av en rekke heterogene elementer (Olsvold 2010).

---

<sup>2</sup> Basert på informasjon fra fagutviklingssykepleier ved en av avdelingene, og en ansatt ved kvalitetsavdelingen på sykehuset.



Det eksisterer flere ulike perspektiver innenfor samfunnsvitenskapen om hvordan man kan studere samspillet mellom teknologi, mennesker og organisasjon. Vitenskaps- og teknologistudier (Science and Technology Studies, STS) er en relativt ny retning innenfor samfunnsvitenskapene som vokste frem på 1960- og 1970-tallet. I dette forskningsfeltets begynnelse var det fokus på teknologien som premissgiver for sosiale prosesser. Innenfor STS fikk man deretter en reaksjon på det som ble oppfattet som teknologisk determinisme. Reaksjonen bestod i å belyse at teknologiutviklingen i stor grad var sosialt konstruert, slik at forskningen burde dreies mot menneskene som premissgiver for hvordan teknologien utvikles, det vil si sosiale prosesser i teknologiutviklingen (Aanestad og Olaussen 2010b).

For å undersøke hvordan teknologi former, muliggjør eller begrenser arbeidsprosesser der mennesker er involvert, er det slik to ytterpunkter for hvordan man forstår samspillet. På den ene siden finnes en teknologisk determinisme der omgivelsene og menneskene må tilpasse seg teknologien, det vil si at teknologien former menneskene. På den andre siden finnes en retning der en ser på teknologi som styrt av sosiale interesser, det vil si at menneskene selv styrer teknologien, og at teknologien i seg selv er passiv og ikke påvirker menneskene (Monteiro 2000).

På 80-tallet ble standpunktet at det sosiale hadde forrang for en teknologisk påvirkning kritisert av Callon og Latour. De kritiserte et syn der teknologien fremstår som passiv og krever sosiale fortolkninger før den gir mening. Teknologiens innflytelse på samfunnet er reell, og teknologi ble nå omtalt med fokus på konstruksjon og ikke sosial konstruksjon, det vil si at fokuset nå var på gjensidige påvirkninger fra både teknologi og mennesker i et komplekst samspill. Denne kritikken dannet utgangspunkt for utviklingen av analytiske verktøy som nettopp baseres på at teknologi og samfunn vekselvirker (Aanestad og Olaussen 2010b, 26-29; Monteiro 2000). Aanestad og Olaussen (2010) beskriver sammenvevingen av teknologi og samfunn slik:

*«Teknologi og organisasjon, verktøy og arbeid står i et så tett og sammenvevd forhold til hverandre at det ikke er mulig, og heller ikke nyttig å dele det opp. Teknologien er både et virkemiddel og en effekt, den er både årsak og virkning, den er både formet av oss, og den former oss og våre aktiviteter»* (Aanestad og Olaussen 2010b, 30).

Dette betyr at man ikke kan dele opp virkeligheten i henholdsvis sosiale og tekniske deler for deretter forsøke å få dem til å passe sammen (Aanestad og Olaussen 2010b). Teknologi vil i ulik grad påvirke menneskers samspill og samarbeid. En gjengs oppfatning er at teknologi er

med på både å «hjelp» og «hindre» aktører i hverdagen. I dag plasseres majoriteten av forskere seg i en slags mellomposisjon mellom de to ytterpunktene teknologisk eller sosial determinisme når man skal beskrive og forstå hvordan teknologi anvendes. Aktør-nettverksteori representerer en av disse mellomposisjonene (Monteiro 2000).

### **2.3.2 Aktør-nettverksteori**

Aktør-nettverksteori (ANT) ble utviklet av flere forskere (Latour, Law, Callon og Akrich) på 80-tallet (Monteiro 2000; Aanestad og Olaussen 2010b). ANT forfekter i likhet med STS, at fremstilling og bruk av teknologi som menneskelig aktivitet ikke er fundamentalt forskjellig fra andre sosiale og kulturelle aktiviteter. Samtidig forfekter heller ikke ANT at fremstilling og bruk av teknologi er styrt og kontrollert av sosiale og kulturelle interesser. ANT's hovedpoeng er å introdusere og fokusere på ikke-humane entiteter og deres effekter på sosiale prosesser. En aktør er definert som en kilde til handling uavhengig av dens status som human eller ikke-human<sup>3</sup>. I samfunnsvitenskap er dette en radikal (og kontroversiell) oppfatning siden dette betyr at ting uten vilje og intelligens kan handle og påvirke menneskelige aktører<sup>4</sup> (Jensen 2005). For å forklare virkeligheten og fenomenene man observerer, må man følge både humane aktører og menneskelige aktører, det vil si at man studerer konkrete og skiftende relasjoner mellom aktørene (Aanestad og Olaussen 2010b).

Disse konkrete skiftende relasjonene mellom aktørene utgjør en sosial praksis, og beskrives i ANT som et nettverk der det sosiale er et resultat av konstellasjoner mellom humane og ikke-humane aktører. Et sykehus kan slik forstås som en sosial praksis der personalet i form av leger, sykepleiere, sekretærer, portører og pasienter som humane aktører har relasjoner til hverandre og i like stor grad til ikke-humane aktører som journalsystem, medisinsk-teknisk utstyr og meldesystemer, kvalitetssystemer, lovverk og retningslinjer. Sykehuset er slik i en ANT-forståelse et komplekst sammenvevd nettverk der alle disse entitetene har samme status som konstituent i en forklaringsmodell, slik Monteiro og Hanseth (1997) på samme måte beskriver et samfunn som et nettverk av mennesker, organisasjoner, tekstuelle beskrivelser, arbeidspraksiser og tekniske artefakter (Hanseth og Monteiro 1997). Ifølge ANT så vil alle humane og ikke-humane aktører gjennom interaksjon produsere visse effekter og gjennom deres skiftende relasjoner vil disse effekter endres.

---

<sup>3</sup> Enkelte snakker både om aktører og aktanter i ANT, for å forklare at det ikke bare er snakk om menneskelige aktører. Jeg velger å kun bruke aktørbegrepet.

<sup>4</sup> Et elektron, et organ, ett menneske, en global organisasjon og et hull i ozonlaget kan alle oppfattes som aktører. Denne radikalt åpne definisjon av aktører, kan gi anledning til forvirring, ettersom de fleste andre teorier kun bruker aktørbegrepet om menneskelige enkeltindivider (Jensen 2005).

Law (2007) hevder at en sosial praksis representeres av dynamiske og ustabile prosesser der en trenger ulike fremgangsmåter for å fange det komplekse ved den sosiale praksisen. Han beskriver videre at ANT ikke bør betraktes som en teori, men heller som en verktøykasse for å kunne beskrive virkelighetens mangfoldighet og kompleksitet. Law forklarer videre at ANT gir beskrivelser av *hvordan* relasjoner mellom humane og ikke-humane aktører oppstår, fremfor å forklare *hvorfor* relasjonene oppstod (Law 2007). Monteiro (2000) gir en beskrivelse av hva ANT innebærer:

*“When going about your business—driving your car or writing a document using a word processor—there are a lot of things that influence how you do it. For instance, when driving a car, you are influenced by traffic regulations, previous driving experience, and the car’s maneuverability; the use of a word processor is influenced by earlier experience, the capabilities of the word processor, and so forth. All of these factors are related or connected to how you act. You go about your business not in a total vacuum but rather under the influence of a wide range of surrounding factors. The act you are carrying out and all of these influencing factors should be considered together. This is exactly what the term ‘actor network’ accomplishes. An actor network, then, is the act linked together with all of its influencing factors (which again are linked), producing a network”* (Monteiro 2000, 75).

I ANT beskrives aktører som heterogene, det vil si at en aktør innehar egenskaper som gjør at den ikke fremstår nødvendigvis entydig<sup>5</sup>. Law (1992) forklarer det slik:

*«ANT (...) insists that social agents are never located in bodies and bodies alone, but rather that an actor is a patterned network of heterogeneous relations, or an effect produced by such a network. The argument is that thinking, acting, writing, loving, earning – all the attributes that we normally ascribe to human beings, are generated in networks that pass through and ramify both within and beyond the body. Hence the term, actor-network an actor is also, always, a network »* (Law 1992, 384).

---

<sup>5</sup> Law (1992) sier at ikke å ta hensyn til intensjon og moral er et analytisk grep for kartlegging av nettverk. Etter å ha avdekket nettverkene, kan det intensjonale og det etiske som er spesifikt for mennesket få spillerom. Law poengterer at ikke å skille mellom mennesker og ting er et analytisk standpunkt og ingen etisk posisjon (Law 1992).

Nettverk (sammenhenger) består av relasjoner mellom flere heterogene aktører, både humane som ikke-humane. Både egne kjøreferdigheter og bilens motorkapasitet vil påvirke hvordan man kjører bilen (Monteiro 2000).

Den sosiale praksisen jeg studerer forstår jeg som arbeidsprosesser knyttet til håndtering og forståelse av uønskede hendelser. I denne sosiale praksisen må de humane aktørene forholde seg til både kollegaer og dokumentasjons- og rapporteringsverktøy, og de må også forholde seg til bestemmelser og reguleringer rundt denne arbeidsprosessen. Jeg har valgt å la meg inspirere av ANT som teori og analytisk verktøy fordi jeg hevder at denne sosiale praksisen som jeg studerer ikke er begrenset til interaksjon mellom humane aktører, men også involverer ikke-humane aktører som lovverk, uønskede hendelser, meldesystem, elektronisk pasientjournal (EPJ). Dette danner en konseptuell forståelse av mitt forskningsfelt inspirert av ANT.

For å tilnærme meg forskningsfeltet anvender jeg ANT som en linse som jeg ser gjennom mot de konkrete og skiftende relasjonene de uønskede hendelsene inngår i (Justesen 2005). Min forskning begrenser seg til et særlig fokus på sykepleiernes beskrivelser og opplevelser av uønskede hendelser, og hvordan de uønskede hendelsene diskuteres, dokumenteres og rapporteres. Beskrivelsene og opplevelsene danner utgangspunkt for å identifisere nettverk og relasjoner, for å forsøke å spore hvilke relasjoner som eksisterer mellom aktørene, hvordan aktører innrulleres i nettverket, hvordan deler av et nettverk kan danne et eget nettverk, og hvordan nettverk kan oppnå stabilitet eller oppløses.

### **2.3.3 Konstruksjon versus enactment**

Konstruksjonsprosesser der teknologi kommer til og anvendes av mennesker har i STS-forskning blitt sett på som noe endelig. Når konstruksjonsprosessen er fullført er mening konstruert, og en bruk av teknologien er etablert. Law (2008) sier at sett fra et ANT-standpunkt er ikke konstruksjon et godt nok begrep for å forklare hvordan aktørene får betydning, mening og status. ANT forstår sosial praksis som i konstant endring, der aktørnettverk er ustabile og dynamiske, og aktører forhandler kontinuerlig om status. Aktører kommer til eller forsvinner, hvilket kan enten styrke eller svekke nettverket. Dette forstås som «enactment». Nettverkene kan endres på nytt og på nytt avhengig av om nye aktører legges til eller fjernes fra nettverkene. Virkeligheten konstrueres ikke, den «gjøres» (Law 2008). Alt oppfattes som en kontinuerlig prosess, hvor stadig nye aktør-nettverk oppstår. Nettverkene er komplekse og nettverkens styrke avhenger av hvilke relasjoner som skapes mellom aktørene som er involvert. Nettverkene kan bli større, minske eller totalt kollapse eller bli erstattet av

nye nettverk (Law 1992). Videre vil et viktig poeng være at samme aktør kan ha ulik betydning i ulike kontekster (Aanestad og Olaussen 2010b), hvilket vil vise seg å være viktig for meg da aktøren uønskede hendelser fremstår forskjellig i ulike nettverk. Å konseptualisere forandring som en prosess i en kontekstavhengig virkelighet vil kreve et verktøy for å utforske relasjoner mellom aktører, og hvordan disse skyldes bevegelser i nettverket.

#### **2.3.4 Translasjon og inskripsjon**

Hvis en aktørs status er en effekt av at et nettverk ordnes på en bestemt måte, hvordan kommer ordningen i stand? ANT analyserer disse prosessene ved hjelp av begrepet translasjon, der en aktør oppnår styrke ved å assosiere seg med andre aktører (Jensen 2005). En translasjon<sup>6</sup> forstås i ANT som hvordan en aktørs interesser blir reformulert, modifisert eller endret til mer generelle uttrykk som andre aktører kan enes om, slik at translasjonsprosessen støttes (Vikkelsø 2005; Aanestad 2003). Helt grunnleggende innebærer translasjonsprosessen at det skapes en likhet og en forbindelse mellom aktører, som før var ulike. Translasjon innebærer at noe flyttes eller erstattes, og dermed skapes et mønster, som rommer både orden og uorden. Å beskrive nettverk og lete etter translasjoner er et analytisk verktøy. I generelle termer er ANT's analysestrategi rett og slett å følge translasjonene (Jensen 2005).

I pasientbehandlingen vil uønskede hendelser av og til oppstå. Når den uønskede hendelsen er kommet til som aktør, får den en relasjon til de involverte i hendelsen. Den uønskede hendelsen blir gjenstand for en forhandling mellom aktørene, der utfallet av forhandlingen bestemmer om hendelsen rapporteres i meldesystemet eller ikke. Introduksjonen av den uønskede hendelsen kan da danne en relasjon mellom de menneskelige aktørene og meldesystemet, der meldesystemet får en status. Men det er ikke gitt hvorvidt denne relasjonen eller nettverket er stabilt. Dette kan ses på som en translasjonsprosess.

Begrepet inskripsjon brukes om hvordan forutbestemte handlingsmønstre er innskrevet i en aktør. Inskripsjonen til aktøren blir ikke alltid fulgt, fordi det kan ligge muligheter til at for eksempel en gjenstand brukes annerledes enn konstruktørens forventning. Inskripsjonens styrke vil variere avhengig av hvor sterkt handlingsmønstre er innskrevet i aktøren (Monteiro 2000). Eksempelvis kan man lage en helt detaljert prosedyre for hvordan man skal bruke et teknologisk verktøy. Dette avhenger av hvor sterk inskripsjonen er. Styrken av inskripsjonen legger føringer for et bestemt bruksmønster (Monteiro 2000). Et eksempel fra mitt

---

<sup>6</sup> Her kunne jeg brukt begrepet *oversettelse* istedenfor *translasjon*, men jeg opplever at man assosierer en del andre ting til oversettelse, så jeg har valgt å holde meg til translasjonsbegrepet.

forskningsfelt er hvordan meldesystemets elektroniske skjema for rapportering av uønskede hendelser er utformet, og hvordan dette brukes av andre aktører. Obligatoriske avkrysningsbokser eller klart kategoriserte tekstfelter som må fylles ut kan gi en sterkere inskripsjon av et rapportskjema om uønskede hendelser enn åpne tekstbokser som innbyr til fortolkning og som ikke må fylles ut.

Sett fra et ANT-ståsted er det en ikke åpenbar sammenheng mellom hvordan en teknologi designes og hvordan den brukes. De antagelser som ligger til grunn for designet (inskripsjonen) av teknologien kan i stor eller liten grad sammenfalle med aktørenes interesser, behov, og vaner. Slik vil teknologi som en ny aktør i et nettverk gjennomgå translasjonsprosesser der teknologien samkjøres med de øvrige aktørene. Gjennom forhandlinger vil bruken av teknologien mer eller mindre samsvare med intensjonen. Teknologien har gjennomgått en translasjon. Videre vil imidlertid stabiliteten i aktørnettverket være avhengig av nettverkets irreversibilitet, det vil si hvorvidt aktøren kan omgås eller fjernes. Translasjonsprosessen kan slik reverseres (Monteiro 2000). En aktør fremstår med en noenlunde stabil troverdighet etter en lang rekke translasjonsprosesser. En rapport om en uønsket hendelse fremstår i kraft av å være sist i leddet av en rekke translasjoner der forhandlinger har foregått om den uønskede hendelsens status mellom sykepleieren, kollegaer, journalsystem, reguleringer, retningslinjer og så videre. I det sykepleieren rapporterer den uønskede hendelsen, blir de ulike informasjonsbitene fra den uønskede hendelsen føyd sammen, oversatt til en tekst og ført inn i rapporten i meldesystemet av sykepleieren. Denne oversettelsen av den uønskede hendelsen til en tekstlig rapport innebærer at sykepleieren sammenstiller informasjonen og abstraherer den.

### **2.3.5 Stabilitet i nettverk**

Nettverk er ikke nødvendigvis stabile. Aktører har ulike og kanskje motstridende konkurrerende interesser, og en stabilitet i nettverket blir oppnådd først når nettverket blir i balanse (Callon 1991; Latour 1987). Denne balansen skapes gjennom en prosess hvor aktørenes interesser gjennomgår en translasjon der deres inskripsjon i nettverket reformuleres, modifiseres eller endres til uttrykk som aktørene i større grad kan enes om, slik at flere aktører støtter translasjonsprosessen (Latour 1987; Callon 1991; Law 1992). Dette kan man også kalle forhandlinger om en aktørs status. Inskripsjonen til en aktør er ikke statisk da den er dynamisk og relasjonell egenskap som blir til i det aktuelle nettverket hvor aktørene har sin status. Aktørene kan følge, endre eller motsette seg inskripsjonsprogrammet av handling avhengig av inskripsjonens styrke.

### 2.3.6 Redistribusjon av arbeidsrelasjoner – ANT som analytisk verktøy

ANT dreier seg om studier av praksiser som forbinder diverse sosiale og materielle elementer. Forbindelsene som dannes gjennom nettverkene, der både sosiale og materielle elementer opptrer som aktører, vil representere de produktive datakildene for fakta og objekter. Datakildene vil også si noe om subjekter, felleskap, diskurser, institusjoner, makt og forskjeller (Aanestad og Olaussen 2010b, 28-29). Identifisering og beskrivelse av nettverk og relasjonene mellom aktørene som inngår i dem danner grunnlaget for å analysere et datamateriale. Nettverk kan fremstå som stabile, men de kan også være ustabile, reversible og de kan regelrett kollapse. Å identifisere aktører, deres inskripsjon sett i relasjon til andre aktører, og med dertil mulige translasjonsprosesser vil slik være viktig. Typisk er effekter av innføring av teknologi et vanlig tema for ANT-inspirerte analyser.

Effekter av en teknologiinnføring vil kunne innebære en *redistribusjon* av en sosial praksis, der nye muligheter har ledet til en prosess der overordnede føringer har forandret seg, og slik hvordan aktørene handler og skaper relasjoner. Når for eksempel nye muligheter oppstår ved at en teknologisk aktør er kommet til en organisasjon (som et elektronisk meldesystem), er uforutsette effekter av dette feil bruk eller lite bruk av teknologien. Disse uforutsette effektene skyldes ifølge Vikkelsø (2005) ikke kun dårlig design av teknologien, dårlig forarbeid for implementeringen eller for lite brukerfokus. Likeså viktige årsaker er de medfølgende dilemmaer som oppstår grunnet organisasjonens kompleksitet. Problemfylt implementering av IKT skyldes altså ikke kun motstand mot forandring, manglende kunnskap, eller dårlige prosesser, men også underestimering av hvordan eksisterende arbeidsprosesser endres eller forstyrres og at det igangsettes diskusjoner om verdier, ressurser, rettigheter og plikter (Vikkelsø 2005). For mitt datamateriale er denne betraktningen interessant, når jeg analyserer sammenhengen mellom overordnede intensjoner for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og elektroniske meldesystemer, og sykepleiernes faktiske rapportering.

En suksessfull translasjon generer ikke nødvendigvis et enkelt koordinert og konvergent nettverk med en enkelt virkelighet. Praksiser forårsaker snarere en kronisk *multiplisitet*. Slike forskjellige virkeligheter har likevel relasjoner. For eksempel kan en aktør opptre som ulike objekter for forskjellige aktører, som er sammenvevde på tross av forskjellene (Law 2007). En rapport vil for en sykepleier representere både en hendelse med opplevelser, involverte pasienter og kolleger og en skriftlig rapport, mens for avdelingslederen vil rapporten kun være et skriftlig dokument.

ANT vil for mitt datamateriale hjelpe med å analysere interaksjon mellom de uønskede hendelsene og de aktørene som opptrer i sykehusverdagen som beskrevet i intervjuene, og hvordan denne interaksjonen strukturerer nettverket og dets sluttprodukter, i mitt tilfelle rapportering. Videre hjelper ANT med å utforske de skiftende assosiasjonene og relasjonene mellom aktørene i sykehushverdagen uten å overse eventuelle betydninger av ikke-humane aktører som pasientsikkerhet, faglighet, lovverk, EPJ, og meldesystem.



### **3 Metode**

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for hvordan forskningen er blitt gjennomført, hva som er blitt undersøkt og forskningsmetoden som er tatt i bruk. Generelt sett er forskningsmetoder fremgangsmåter eller verktøy som tas i bruk med det formål å innhente, bearbeide, og analysere et datamateriale relatert til den gitte problemstillingen (Polit og Beck 2008). Jeg vil først innlede med en redegjørelse for mitt valg av metodisk tilnærming, og etiske betraktninger omkring forskningsprosessen. Videre vil jeg forklare forskningsprosessens faser. Avslutningsvis vil jeg utdype sammenhengene mellom kunnskapsteori og analytiske valg. ANT har både inspirert min kunnskapsteoretiske forståelse og gitt meg begreper som metodisk har bidratt til å knytte sammenhenger mellom teori og empirisk materiale.

#### **3.1 Metodisk tilnærming**

##### **3.1.1 Forarbeider**

I forkant av datainnsamlingen satte jeg meg inn i en del forskningsarbeider omkring teknologi og helsearbeid (Aase 2010b; Aanestad og Olaussen 2010a; Vikkelsø og Vinge 2004a; Vikkelsø 2005). Felles for disse studiene er at de har en kvalitativ tilnærming, med vekt på samspillet mellom menneske, teknologi og organisasjon. Mitt forskningsfelt og innfallsvinkel samsvarer i stor grad med dette, og det falt naturlig for meg å benytte en kvalitativ tilnærming som anvendt i studiene.

Det er nødvendig med kvalitative studier når fenomenet som studeres er sammensatt, komplekst og dersom det vi ønsker å undersøke utvikler seg over tid og er vanskelig målbart (Repstad 2009). I mitt forskningsfelt er min hovedinteresse å tilegne meg en dypere forståelse av hvilke relasjoner sykepleiere har til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus. Denne direkte relasjonen mellom sykepleiere og meldesystem kan vanskelig studeres via talldata, og metoder som gir en større nærhet mellom forsker og deltagere er å foretrekke. For å kunne studere slike sammenhenger har jeg valgt den fleksible og åpne tilnærmingen i et kvalitativt forskningsdesign. Uten menneskelige fortolkninger vil jeg vanskelig kunne finne kunnskap om forståelsen og meningsinnholdet vedrørende fenomenet.

Jeg ønsket å studere hvordan meldesystemet som teknologi i rapporteringssammenheng får betydning for sykepleierne, hvilken forståelse de har av uønskede hendelser, og hvilke forhandlinger som skjer om en uønsket hendelse skal rapporteres eller ikke. Jeg ser dette som aspekter i en sosial praksis. Kvalitative tilnærminger handler om å oppnå innsikt og forståelse i slike fenomener (Thagaard 2010). Datamaterialet i oppgaven baseres på en kvalitativ

tilnærming i form av tre fokusgruppeintervjuer der min fortolkning danner grunnlaget for kunnskapen som er produsert. Oppgavens teoretiske rammeverk, som beskrevet i kapittel 2, gir et begrepsapparat for å sette teori og empirisk materiale sammen, og inspirerer fortolkningen av funnene og virkelighetsbeskrivelsen som blir presentert i studiet (Finlay 2006). Den sosiale praksisen som studeres kan tolkes fra ulike perspektiver og derfor gi ulike virkelighetsbeskrivelser. Det finnes flere sannheter rundt forståelsen av hvordan en sosial praksis studeres (Polit og Beck 2008; Thagaard 2010).

### **3.1.2 Metodevalg**

Det er to hovedretninger innenfor vitenskapelig kunnskapsproduksjon, kvalitative og kvantitative metoder (Polit og Beck 2008). Man kan si at de ulike metodene har hvert sitt syn på hva kunnskap er og hvordan kunnskap bør utvikles (Kvale og Brinkmann 2010).

I kvantitative metoder brukes måling og tallfesting som datagrunnlag. Tallfestede empiriske observasjoner i form av statistikk, statistiske sammenhenger eller numeriske korrelasjoner mellom egenskaper, brukes som grunnlag for å lage generaliserbare forklaringsmodeller (Polit og Beck 2008). Det følger at problemstillingene som stilles gjerne er avgrensede til spørsmål om antall, gradering, eller andre kvantifiserbare parametere. Denne avgrensningen gjør datainnsamling mulig i et større utvalg, som også brukes som argument for at dataene er generaliserbare (Thagaard 2010).

Kvalitative metoder forsøker å forstå menneskelig adferd og opplevelser og årsaker til dette. I kvalitative metoder undersøker forskeren fenomener slik det erfares av mennesket selv og fenomenene beskrives ut fra flere virkelighetsperspektiver (Thagaard 2010), hvor ingen av perspektivene kan anses som sanne eller falske (Polit og Beck 2008). En kvalitativ metode undersøker hvordan og hvorfor en avgjørelse blir tatt, ikke bare hvor den skjedde og når den skjedde. Denne formen for kunnskapsproduksjon begrenser seg gjerne til et mindre utvalg, siden datainnsamlingen kan være ressurs- og tidkrevende. Kvalitative metoder produserer slik gjerne mye informasjon om det avgrensede utvalget som ble studert. Likevel kan den kvalitative tilnærmingen, på basis av analysen av et sosialt fenomen i et avgrenset utvalg, argumentere for at analysen har overførbarhet til tilsvarende situasjoner (Thagaard 2010). Vanlige datainnsamlingsmetoder i kvalitativ forskning er vanligvis dokumentanalyse, observasjoner eller intervjuer. Data kan også finnes fra for eksempel video, bilder og andre former for informasjon. Tekst er gjerne det sentrale grunnlaget for analyse av datamaterialet (Polit og Beck 2008).

I mitt tilfelle er det også som vist i kapittel 2 i følge litteraturen stor avstand mellom målet for rapportering i meldesystemer (mest mulig), og den praktiske bruken av meldesystemer (kun en liten del rapporteres). Å avdekke hva som styrer handlingene til de involverte aktørene er således interessant, hvilket tilsier at en kvalitativ tilnærming kan ha verdi (Repstad 2009).

### **3.1.3 Fokusgruppeintervju som metode**

Ut fra egen erfaring er det ikke alltid lett å vurdere når en uønsket hendelse skal rapporteres. Det er vanlig å konferere med andre kollegaer og diskutere den uønskede hendelsen. Dette ønsket jeg å gjenskape blant sykepleierne, og da virket det hensiktsmessig med en gruppe. Sykepleiernes arbeidshverdag kan også ses som en kollektiv praksis, der også gruppeintervjuer kan gi verdifull innsikt (Repstad 2009). Fra et aktør-nettverksteoretisk standpunkt skal man også identifisere aktørers motivasjoner for handling. Søker jeg informasjon om sykepleierens oppfatninger, holdninger og motivasjoner for rapportering, er dette aspekter som lettere kan identifiseres i grupper (Krueger og Casey 2009; Malterud 2012; Wibeck 2011).

Fokusgruppeintervju er en vanlig kvalitativ metode (Kvale og Brinkmann 2010; Repstad 2009; Malterud 2012; Wibeck 2011; Krueger og Casey 2009). Fokusgruppeintervjuer tas i økende grad i bruk i akademisk samfunnsforskning, da gruppeintervjuer kan gi et mer reelt bilde av holdninger og en kollektiv praksis (Repstad 2009). Dynamikken og samhandlingen i gruppen står sentralt og åpner for en annen type innsikt enn den man får av individuelle intervjuer. Metoden kan anvendes på helsepersonell og avdekke holdninger og synspunkter fra miljøer hvor flere mennesker samhandler (Malterud 2012).

Et fokusgruppeintervju innebærer å samle en gruppe mennesker som i en begrenset tid diskuterer et emne med hverandre. Intervjuer i fokusgruppestudier kalles gjerne moderator. Moderatoren leder intervjuet ved å sette i gang diskusjonen og introduserer nye aspekter ved emnet underveis (Wibeck 2011). I fokusgruppeintervjuet konstrueres kunnskap i interaksjon mellom intervjuer og intervjupersoner (Thagaard 2010). Forutsetningen for et fokusgruppeintervju er at deltagerne har opplevd en konkret situasjon og slik et felles grunnlag å diskutere ut fra (Knizek 1998). Ordet *fokus* indikerer at diskusjonen skal omhandle ett på forhånd gitt emne (Wibeck 2011). Det kan være en fordel av deltagerne kjenner hverandre (Wibeck 2011), da deltagerne skal forholde seg til hverandres meninger og ideer (Krueger og Casey 2009). Det er påpekt at gruppedeltagere med ulik status ikke bør intervjues samtidig for å skape en jevnbyrdig arena (Repstad 2009), eksempelvis ved ikke å kombinere leger og sykepleiere i samme gruppe. Deltagerne kan følge opp hverandres kommentarer i

løpet av diskusjonen, hvilket kan bidra til å utdype de temaene som tas opp. Gruppedynamikken kan bidra til å skape assosiasjoner og fantasi og derav skape fortellinger (Malterud 2012).

Det er blitt påpekt at det kan være hensiktsmessig å intervju i grupper på mellom fire til seks personer for å beholde flyt i diskusjonen mellom gruppedeltagerne og samtidig la alle slippe til (Wibeck 2011). Dominerende personer kan derimot være en feilkilde (Repstad 2009) og moderatoren må bidra til å opprettholde balanse i gruppedynamikken (Wibeck 2011).

### **3.2 Etiske betraktninger**

Å gjøre rede for den metodiske tilnærmingen som utgjør grunnlaget for innhenting av datamaterialet berører etiske spørsmål. I kvalitative tilnærminger må man være etisk bevisst gjennom hele forskningsprosessen, da det er vanskelig å forutsi hvilke etiske dilemmaer som kan dukke opp underveis (Reuyter, Førde, og Solbakk 2010).

Transparens handler om å presisere og tydeliggjøre stegene i forskningsprosessen. Begrepene knyttet til studiens transparens er troverdighet, validitet og overførbarhet. Troverdighet knyttes opp mot om forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte og kan styrkes ved å gjøre forskningsprosessen transparent (Thagaard 2010). Dette omhandler en redegjørelse for hvordan en har gått frem for å innhente sitt datamateriale og det teoretiske ståstedet som danner grunnlaget for våre tolkninger (Silverman 2006). Troverdighet innebærer også at en belyser egen relasjon til forskningsdeltagerne og for forståelse til feltet som undersøkes (Thagaard 2010). En del av dette innebærer å ha et kritisk blikk på hvordan forskeren går inn i den sosiale interaksjonen i intervjuet (Heggen og Fjell 1998). Validitet omhandler vurdering av grunnlaget for tolkninger forskningen fører frem til, hvilket er knyttet til at man er kritisk til egen innhenting, bearbeiding av datamaterialet og egen bakgrunn som forsker. Overførbarhet er prinsippet for teoretisk generalisering og er knyttet til gjenkjennelse. Funn som presenteres i studiet skal gi en dypere mening til tidligere kunnskap og erfaringer, samtidig som at funnene skal være gjenkjennelige (Thagaard 2010). Jeg vil etter beste evne forholde meg til den ovennevnte forståelsen og redegjøre for mine valg underveis i dette kapittelet og vil også belyse etiske problemstillinger underveis.

#### **3.2.1 Konfidensialitet i fokusgruppeintervjuer**

Et viktig etisk prinsipp er at de som deltar i forskningsprosjekter ikke skal komme til skade eller bli gjenkjent (Thagaard 2010). Det er alltid en fare for gjenkjennelse av en forskningsperson, derfor må man være svært forsiktig med å love fullstendig anonymitet, men

konfidensialitet kan man etter beste evne gjennomføre (Reuyter, Førde, og Solbakk 2010). Konfidensialitet forstås som å forsøke å gjøre deltagerne så lite gjenkjennelige som mulig (Thagaard 2010). Når noen deltar i en gruppe kan dette være spesielt utfordrende (Wibeck 2011). Gruppedeltagerne vet jo hvem de har sittet i gruppe med, jeg har forsøkt i analysearbeidet å være spesielt varsom med hvilke utsagn jeg tar i bruk. Ut fra gitte eksempler i masteroppgaven på eksempelvis detaljerte beskrivelser av hendelser, kan gruppen eller enkeltindivider bli gjenkjent av andre kolleger i fagmiljøet. I verste fall kan dette føre til sanksjoner i ettertid. Det at jeg gjennomførte tre intervjuer minsker noe av faren for gjenkjennelse om jeg til sammenligning bare hadde gjennomført ett intervju. Det viktigste aspektet blir at jeg etter beste evne utvikler data som mine deltagere kan føle seg komfortable med.

### **3.3 Forarbeidsfase**

#### **3.3.1 Forskerens bakgrunn**

Min interesse for meldesystemer og uønskede hendelser bunner i erfaring fra arbeid som sykepleier og intensivsykepleier ved ulike sykehusavdelinger. Da jeg selv er intensivsykepleier må jeg som forsker, reflektere over egne verdier, egen kunnskapsbase, evner, mål, interesser, ressurser og akademiske disipliner som påvirker meg før jeg setter i gang intervjuet (Finlay 2006, 14).

Med bakgrunn i egen sykepleiepraksis med erfaring fra både sengeavdelinger og spesialavdelinger er jeg å betrakte som forsker i eget felt, noe som kan ha både fordeler og ulemper (Heggen og Fjell 1998). Min utfordring har vært å gå tilstrekkelig åpent og eksplorerende ut mot et felt jeg selv er kjent med. Samtidig kan dette også ha hatt fordeler da jeg er kjent med meldesystemet og sykepleiernes arbeidspraksis og snakker samme “språk” som mine deltagere. Begrepene “nærhet” og “distanse” er brukt i forbindelse med ens forhold til eget forskningsfelt (Heggen og Fjell 1998). Jeg har forsøkt å reflektere nøye rundt egen yrkesrolle og forskerrolle underveis i forskningsprosessen (Thagaard 2010). Det konstruktivistiske paradigme antar at man maksimerer kunnskapen når distansen mellom deltager og forsker er minimert (Polit og Beck 2008). Sannsynligvis delte deltagerne mer av sin hverdag enn de ville gjort ovenfor eksempelvis en sosialantropolog.

#### **3.3.2 Valg av avdelinger og rekruttering av deltagere**

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) er personvernombudet for gjennomføring av forsker- og studentprosjekter og skal sikre dataformidling og tjenesteyting overfor

forskningssektoren (Malterud 2012). Jamfør Helseforskningsloven § 9 og § 10 må forskningsprosjekter godkjennes før rekruttering og oppstart av forskningsprosjektet (Helseforskningsloven 2008). Medsendt i søknaden til NSD var min forskningsplan, intervjuguide og samtykkeskjema. Mitt prosjekt ble vurdert av NSD som ikke meldepliktig (09/03-12, vedlegg 1). Jeg innhentet i tillegg godkjenning fra personvernombudet ved det aktuelle sykehus.

Forskeren har en fordel av å kjenne miljøet eller temaet som skal undersøkes da det er enklere å gjøre seg opp en mening om hvem som er egnede deltagere (Repstad 2009). Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, det vil si at man velger deltagere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard 2010). Ut fra min gitte problemstilling falt det naturlig å velge blant yrkesgruppene som tilbringer mest tid sammen med pasientene og som arbeider ved et sykehus med et elektronisk meldesystem. Etter at alle godkjenninger forelå tok jeg kontakt med aktuelle ledere for tillatelse til gjennomføring av forskningsprosjektet i avdelingene. Jeg hadde i utgangspunktet planlagt å rekruttere en gruppe leger og en gruppe sykepleiere ved en avdeling. Jeg møtte liten forståelse hos avdelingslederen for legene, som ikke ønsket å sette av tid til mitt prosjekt. Godkjenningen forelå da allerede fra avdelingsleder for sykepleierne ved samme avdeling. Jeg ble derfor anbefalt å rekruttere fra to andre avdelinger men da konsentrere meg kun om sykepleiere. Fleksibilitet og åpenhet for endringer i løpet av forskningsprosessen er særlig viktig i kvalitative studier (Thagaard 2010). For å sikre at jeg fikk rekruttert representative grupper, bad jeg avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere om å finne sykepleiere med variert kunnskap om meldesystemet. Helseforskningslovens § 13 tredje ledd sier:

*«Dersom forskningsdeltakeren kan anses å være i et slikt avhengighetsforhold til den som ber om samtykke, at forskningsdeltakeren vil kunne føle seg presset til å gi samtykke, skal det informerte samtykket innhentes av en annen som forskningsdeltakeren ikke har slikt forhold til»* (Helseforskningsloven 2008).

Gjennom avdelingslederne fikk jeg kontakt med fagsykepleierne ved de aktuelle avdelingene som bistod ved å levere ut skriftlig informasjonsskriv og samtykkeerklæring til de aktuelle deltagere (vedlegg 2). Deltagerne hadde da en mulighet til å takke nei via fagsykepleier. I etterkant ser jeg at det kan stilles spørsmål ved at deltagerne kan føle seg forpliktet til å delta når fagsykepleier spør, men på den annen side hadde ikke gjennomføringen av prosjektet

betydning for fagsykepleierne. Samtidig var det nødvendig at fagsykepleierne rekrutterte fordi sykepleierne skulle sitte sammen i en gruppe, og at det skulle være mulig å samle gruppene til intervju. Helseforskningsloven § 13 annet ledd fordrer krav til samtykke:

*«samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Samtykket skal bygge på spesifikk informasjon om et konkret forskningsprosjekt»*  
(Helseforskningsloven 2008).

Fagsykepleierne ved de tre ulike avdelingene (en medisinsk sengeavdeling, en kirurgisk sengeavdeling og en kirurgisk spesialavdeling) valgte tidspunkt for intervjuene, og jeg fikk muligheten til å utføre intervjuene i sykepleiernes arbeidstid. Intervjuene ble utført våren 2012. Sykepleierne som deltok i intervjuene hadde fra ett til 20 års erfaring fra arbeid ved sine respektive avdelinger. Intervjudeltakerne var enten spesialsykepleiere eller sykepleiere. Kjønnsmessig fordelte gruppene seg likt hvorav det var to kvinner og en mann som deltok i hver gruppe.

Det er ulike meninger om antall grupper som gir tilstrekkelig med datamateriale for den enkelte studie, det viktigste er å få besvart sin problemstilling på en forsvarlig måte. Det er heller ikke nødvendig å bestemme antallet grupper på forhånd, men ta utgangspunkt i et eksplorativt formål for studien. Det viktigste er at man får «mettet» datamaterialet (Malterud 2012). Ved hvilket tidspunkt materialet oppfattes som mettet, er en skjønnsmessig vurdering forskeren foretar (Repstad 2009).

### **3.3.3 Intervjuguide**

Repstad (2009) poengterer at intervjuguider ikke bør brukes slavisk da de kun fungerer som en huskeliste, slik at man får belyst de temaene man ønsker. Jeg forberedte meg med en intervjuguide hvor de konkrete spørsmålene ikke var like viktige som temaene spørsmålene representerte (Repstad 2009). Mine temaer i intervjuguiden omhandlet sykepleieres forhold til uønskede hendelser og til meldesystemet i relasjon til forventninger og utfordringer knyttet til bruk.

Intervjuguiden bør ikke inneholde for mange spørsmål, men det er viktig at temaene man er interessert i blir besvart under diskusjonen (Krueger og Casey 2009). Hvilke temaer som fikk mer eller mindre forrang varierte fra intervju til intervju. Min forståelse endret seg også underveis. Ved å transkribere og studere teori, fikk jeg erfare at kunnskap er under utvikling gjennom en dynamisk prosess (Polit og Beck 2008). Spørsmål, svar og begreper er gjensidig utviklende og åpne for revisjon under hele prosessen. Alle gruppene var innom alle temaene,

men hver deltager hadde sin egen måte å formidle på og gav noen temaer forrang foran andre. Hvilke temaer som gruppen gav forrang var med på å virke inn på hvilke temaer jeg vektla og ønsket å fokusere på i neste intervju.

### **3.4 Datainnsamling**

#### **3.4.1 Intervjuerfaringer og forskerrolle**

I et fokusgruppeintervju er alle deltagerne avhengig av hverandre for å skape kunnskap, men de vil ha og ta ulike posisjoner. Jeg som forsker ledet og styrte intervjuet i rollen som moderator (Thagaard 2010). Jeg innhentet det skriftlig informerte samtykket før jeg igangsatte intervjuene. Med henvisning til informasjonen i dette skrivet fungerte denne som en innledning for tematikk og de fikk gjentakende informasjon om muligheten for å trekke seg også til materialet var publisert.

Alle intervjuene foregikk på egne rom et stykke fra selve avdelingene. Jeg var kledd i private hverdagslige klær mens deltagerne i sitt arbeidstøy. Jeg gikk nok mer inn i rollen som leder (moderator) av gruppeintervjuet ved ikke å være kledd som de andre. Dette var også for meg med på å bevisstgjøre min rolle som forsker og ikke intensivsykepleier i denne situasjonen. Forskning i eget felt kan si å kreve en bevisstgjøring om egen forskerrolle versus egen yrkesrolle (Heggen og Fjell 1998).

De tre intervjuene varte fra 45 til 93 minutter, praktisk begrenset av samtaleflyt, gruppedynamikk eller ut fra tid som var til rådighet. Jeg hadde bedt om tre deltagere i hvert intervju, med variert erfaring med meldesystemet. I alle de tre intervjuene fikk jeg tre deltagere, som trolig også var det som er praktisk mulig da jeg fikk tillatelse til å gjøre dette i deres arbeidstid. Gruppene utgjorde slik fire personer inkludert meg som moderator. Antall deltagere var oversiktlig for meg som forsker og masterstudent. Ingen av de ni deltagerne har senere ønsket å trekke seg.

Jeg hadde planer om å notere underveis noe som viste seg vanskelig da jeg samtidig skulle være moderator og ordstyrer. Derfor noterte jeg inntrykk fra intervjusituasjonen i etterkant av intervjuene. Å intervju sykepleierne i grupper med sine egne arbeidskollegaer skapte trolig en tryggere atmosfære under diskusjonen. Jeg innledet intervjuene ved å be om en beskrivelse av gruppens avdeling som gav meg en forståelse av deres arbeidshverdag. Jeg informerte om at jeg ville stille spørsmål, men samtidig ønsker at deltagerne skulle snakke fritt og diskutere seg imellom.



Deltagerne virket oppriktig engasjerte i temaet da det er med på å sette preg på deres arbeidshverdag. De bør oppmuntres til konkrete selvopplevde fortellinger som gir mer robuste data enn om meninger og holdninger ytres (Malterud 2012). I det første intervjuet var min erfaring at jeg måtte gi mye av meg selv da deltagerne innimellom ikke snakket. Jeg spilte på egne erfaringer fra min egen helsefaglige bakgrunn og balanserte på denne måten nær deltagerne. Deltagerne diskuterte så igjen med hverandre slik at jeg kunne ha noe distanse og balansere mer mot min forskerrolle. I de andre intervjuene var det lettere å holde en distanse og samtaleflyt. Til tider kunne jeg nærmest vært «en flue på veggen» og la deltagerne diskutere seg imellom. Jeg forsøkte etter beste evne å holde deltagerne innenfor tematikken da de også kunne henge seg opp i digresjoner og diskutere jobbrelevante temaer som var utenfor studiens ramme. Jeg fikk også mer erfaring og slappet kanskje mer av i det andre og tredje intervjuet som trolig også bidro til lettere samtaleflyt.

Tillit i dialogen er nødvendig for at intervjudeltagerne skal dele av sine erfaringer, og egen sensitivitet, engasjement og moralske integritet er avgjørende i en intervjusituasjon (Guillermín og Heggen 2009). Informasjonen jeg fikk fra alle deltagerne virket ærlig og korrekt, og de virket åpne med sine beskrivelser. Da jeg selv har tilnærmet samme bakgrunn som sykepleierne jeg intervjuet kan dette ha ført til at de potensielt sett åpnet seg mye for meg og de kan *blottstille* mer av sin faktiske arbeidspraksis enn de egentlig ønsket.

Det var en variasjon i gruppedynamikken, men jeg opplevde det slik at det var mulig å holde en distanse og la deltagerne reflektere og diskutere sine erfaringer seg imellom. I det første intervjuet var jeg mer opptatt av å dele egne erfaringer for å holde samtalen i gang, mens i de andre intervjuene slapp jeg deltagerne mer til og holdt igjen egne utsagn. Som forsker hadde jeg en utfordrende oppgave ved at alle skulle komme til orde i diskusjonen og få uttrykt sin mening. Samtidig skulle jeg også bevare engasjementet og respekten for alle deltagerne (Malterud 2012). Gester, nikk og smil kan gi deltagerne bekreftelse på å fortsette å dele noe på tema (Repstad 2009). Ved avsporingene forsøkte jeg å vise respekt overfor deltagerne og lede dem tilbake til tematikken på en høflig måte. Jeg opplevde alle intervjuene som positive, ved at alle sykepleierne delte erfaringer og diskuterte åpent med en god tone.

### **3.4.2 Transkripsjon**

I intervjusituasjonen brukte jeg en lydopptaker for å dokumentere diskusjonen mellom intervjudeltagerne. Jeg transkriberte selv alt lyd materialet og under transkripsjonen ble setningene endret til mer formell skriftlig form, da det kun skulle foretas en meningsanalyse og ingen språklig analyse av materialet. Jeg forsøkte etter beste evne å bevare

meningsinnholdet i teksten (Thagaard 2010). Jeg fjernet imidlertid dialekter, stedsnavn og andre gjenkjennbare karakteristikk, og forsøkte slik etter beste evne å beskytte deltagerne. I analysekapitlene er sykepleierne og deres diskusjoner gjengitt under fiktive navn. Som intervjuer er jeg gjengitt som M for moderator.

Lydopptakene ble gode, men det var ved enkelte tilfeller vanskelig å transkribere da deltagerne var ivrige og snakket i munnen på hverandre. Polit og Beck (2008) sier at transkribering av fokusgruppedata kan være utfordrende fordi det ikke alltid lett å høre hva alle deltagerne sier. Jeg så selv utfordringen med å transkribere da deltagerne gjerne utfylte hverandres setninger. En større gruppe ville nok sørget for en større kompleksitet og utfordret arbeidet med transkriberingen enda mer (Polit og Beck 2008).

Jeg oppbevarte personidentifiserbare opplysninger og datamateriale på en trygg og sikker måte og slettet opplysninger når de ikke lenger hadde et formål. Sporende på lydopptakeren ble lastet opp på mitt område ved UiO som var sikret med passord. Samtykkeskjemaene ble oppbevart i en låst skuff i eget hjem. Både filene og samtykkeskjemaene vil bli oppbevarte til oppgaven er godkjent for så å bli slettet. Det transkriberte materialet oppbevares på egen datamaskin til bruk for senere artikkelskriving (Thagaard 2010). Opptakene og lagringen av lyd materialet ble opplyst om i samtykkeskjemaet.

### **3.5 Analysearbeidet**

#### **3.5.1 Tematisk analyse**

De tre fokusgruppeintervjuene ga meg rikelig med empirisk datamateriale. Datamaterialet gav grunnlag for videre analyse basert på nøye gjennomgang av det transkriberte materialet fra alle fokusgruppeintervjuene. Hensikten med analysen er at forskeren skal skape en oversikt for å se sammenhenger og mønster i sitt datamateriale (Heggen og Fjell 1998). I en kvalitativ studie tolker, studerer og avgjør forskeren videre arbeid gjennom en dynamisk prosess. På forhånd kan det være vanskelig for forskeren å se gangen i den fleksible innsamlingen og analysen av datamaterialet (Polit og Beck 2008). Fokusgruppeintervjuer gir et rikt og komplekst datamateriale som kan medføre spesielle analytiske utfordringer (Malterud 2012). Det er også viktig å merke seg at:

*«Den sosiale samhandlingen i gruppen og konteksten for kommunikasjonen mellom deltakerne gjøres imidlertid i liten grad eksplisitt i analyse og rapportering fra fokusgruppstudier» (Malterud 2012, 104).*

Et kontroversielt spørsmål for flere forskere er om enheten for analysen er gruppen eller individuelle deltagere. Uansett vil gruppedeltagerne blir formet av hverandre og moderator i en gjensidig interaksjon (Polit og Beck 2008). Analyser som er basert på temasentrerte tilnærminger, vil innebære at informasjonen fra alle deltagerne sammenlignes (Thagaard 2010). Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere, organisere og beskrive mønstre (temaer) i datamaterialet på en rik måte (Thagaard 2010; Polit og Beck 2008; Repstad 2009; Braun og Clarke 2006). Med denne metoden fortolkes det empiriske datamaterialet i en dynamisk prosess med bakgrunn i det teoretiske rammeverket (Thagaard 2010; Polit og Beck 2008; Braun og Clarke 2006).

Min analyse er i sin helhet inspirert av ANT. Et grunnleggende prinsipp i rammeverket til ANT er at hverken teknologi, organisasjon eller mennesker, er definerte aktører. De er fundamentalt sammenvevd med hverandre i et nettverk hvor aktørene har sine spesifikke kvaliteter (Vikkelsø 2005). Det viktigste analytiske grepet med inspirasjon fra ANT blir å identifisere aktørene, beskrive små og store nettverk relatert til min problemstilling, for så å følge aktørene og eventuelle translasjoner som fremkommer. I ANT er det de konkrete praksisene som forbinder flerfoldige sosiale og materielle elementer som gir informasjon om den sosiale praksisen (Aanestad og Olaussen 2010b). Både sykepleierne, meldesystemet og uønskede hendelser er sentrale aktører i min studie. Translasjonsbegrepet er viktig for å belyse introduksjonen av uønskede hendelser og meldesystemet i den virkeligheten sykepleierne beskriver. Aktører som legges til eller fjernes fra aktørnettverk skaper translasjoner som endrer aktørnettverket. Hvor stabile endringene er, sier noe om effektene av å legge til eller fjerne aktører (Law 1992). Dette er viktig for det sier noe om stabiliteten av meldesystemet i aktørnettverket.

For å få ordnet datamaterialet valgte jeg å utføre en tematisk analyse, der temaene var knyttet til nettverkene som beskrevet i kapittel 2. Min analyse er inspirert av de anbefalte fasene for tematisk analyse av Braun og Clarke (2006). Analysen er å forstå som en dynamisk prosess hvor datamateriale og teoretisk rammeverk gjensidig utvikler hverandre. Derfor vil ikke analysetrinnene følge hverandre steg for steg, men bevege seg frem og tilbake mellom fasene. Analyseprosessen starter ved at forskeren begynner å legge merke til betydningsfulle mønstre som vekker en interesse i datamaterialet. Dette kan skje underveis i datainnsamlingen. Transkripsjonen kan også forstås som en del av denne fasen. Forskeren blir kjent med datamaterialet ved å lese igjennom, fordype og skape seg et overblikk. Forskeren identifiserer foreløpige kategorier i hele datamaterialet. Kategoriene vil så organiseres og reorganiseres i

meningsfulle grupper for å beskrive fenomenet man ønsker å undersøke. Kategoriene sorteres og kombineres i potensielle temaer der noen temaer blir overordnet, mens andre blir undertemaer, og noen vil forkastes. Når temaene danner en rød tråd prøver forskeren temaene ut på hele datamaterialet for å se om de er gjenstand for et godt representasjonsgrunnlag, og om forskeren identifiserer nye kategorier som hører hjemme under temaene. Temaene bearbeides, redefineres, fortolkes, belyses og navngis. Navnene på temaene må være konsise, illustrere tematikken og samlet sett danne en historie. Som forskere er man ikke et talerør for datamaterialet, men skaper ens egen historie om datamaterialet gjennom fortolkning og valg. Deretter løftes aktuelle temaer og belyses i forskerens rapport (Braun og Clarke 2006).

Jeg har forsøkt å være sensitiv for både det tematiske innholdet og hvordan, når, og hvorfor disse temaene har utviklet seg underveis i intervjuprosessen (Polit og Beck 2008). Jeg vil i enkelte utsnitt gjøre meg selv tydelig som aktør, og i andre utsnitt vil andre aktører være mer fremtredende. Som tidligere nevnt har min deltagelse og fortolkning av materialet vært avgjørende for kunnskapsproduksjonen. Kritikken mot temasentrerte tilnærminger er at det ikke ivaretar et helhetlig perspektiv. Ved at utsnitt fra ulike deltagere sammenlignes løsrives tekstbitene fra sin opprinnelige sammenheng. Det er derfor viktig å knytte informasjonen inn i den sammenhengen utsnittet i teksten er en del av (Thagaard 2010).

### **3.5.2 Fremstilling av analyse og funn**

I analysen og presentasjonene av dataene må jeg være spesielt varsom slik at jeg ivaretar mine deltagere. Malterud (2012) skriver at:

*«Som forskere har vi et ansvar for etisk ivaretagelse av våre deltakere, dessuten en vitenskapelig interesse av å utvikle data som deltakerne kjenner seg tilstrekkelig komfortable med å dele med andre»* (Malterud 2012, 83).

Datamaterialet presenteres i form av sitater sortert etter tema, med etterfølgende analyse og diskusjon. Analyseprosessen gikk over lengre tid og jeg merket hvordan enkelte temaer fikk mer forrang i visse sammenhenger og mindre i andre. Jeg så at noen tekstutsnitt kunne tolkes slik at de kunne høre hjemme under flere temaer. Aktørene og nettverkene ble likevel tydeligere. Jeg fant det hensiktsmessig å fremstille analysen i to kapitler, der kapittel 4 beskriver sykepleiere og deres forståelse, motivasjoner og barrierer for å rapportere, mens kapittel 5 tar for seg det som skjer etter at sykepleierne har rapportert eller når de ikke rapporterer. I begge kapitler settes funnene inn i en teoretisk ramme inspirert av ANT.

## 4 Tematisk analyse og diskusjon del 1 - Sykepleiere og uønskede hendelser

Ut fra sykepleiernes beskrivelser og assosiasjoner omkring uønskede hendelser, og hvordan hendelsene innvirker i hverdagen, legges et grunnlag for å forstå sammenhenger mellom hvordan en hendelse blir til en rapport, og hvordan den ikke blir det. Først vil jeg kommentere hvordan meldeskjemaet ser ut. Så vil jeg gi eksempler på hva som sykepleierne forstår som uønskede hendelser. Deretter vil jeg belyse forhandlinger om hvorvidt hendelsene rapporteres.

### 4.1 Meldeskjemaet

Meldesystemet ved sykehuset består av et brukergrensesnitt<sup>7</sup> der den innloggede brukeren velger mellom tre ulike «hendelsestyper», som vist i figur 2. I innloggingsbildet vises en tekst der det står at det skal rapporteres uønskede hendelser som har medført eller kunne ha medført pasientskade. Videre eksisterer det linker til noe mer utfyllende informasjon omkring meldesystemet. Det finnes også en oversikt over egne rapporterte hendelser. I mine intervjuer snakket sykepleierne kun om selve meldeskjemaet, og ikke all tilleggsinformasjonen som var tilgjengelig utover skjemaet som vist i figur 2. Jeg har i denne oppgaven derfor valgt å fokusere på selve meldeskjemaet.

Figur 2: Innloggingsbilde som den ansatte møtes av når en uønsket hendelse skal rapporteres. Den ansatte velger type hendelse, og selve meldeskjemaet vises (figur 3).

Brukeren velger knappen «Pasienthendelse» og selve meldeskjemaet for «uønsket pasienthendelse» kommer frem (figur 3). Den innloggede ansatte som rapporterer og

<sup>7</sup> En fagsykepleier hjalp meg med skjermdumper av meldesystemet.

avdelingstilhørighet er automatisk lagt til. Brukeren kan så fylle ut felter for pasientidentifikasjon og dato for hendelsen. Andre typer rapporter dreier seg om HMS-hendelser eller mer driftsmessige hendelser (som for eksempel at utstyr mangler eller svikter).

Etter at en uønsket hendelse har inntruffet, skal sykepleieren omforme inntrykk fra situasjonen til tekst i kategoriserte fritekstfelter og ferdig kategoriserte avkrysningsbokser som vises i figur 3. Til sammen skal skjemaet kunne fange nok informasjon om hendelsen til at den skal kunne forstås av mottakerne av skjemaet. Det er viktig å merke seg at det er ingen nødvendige kriterier for hvilke elementer i skjemaet som må fylles ut eller kompletteres for å kunne levere skjemaet. Man kan i teorien levere et «blankt» skjema med navn og stillingsbetegnelse.

Til høyre i figur 3 ses et tekstfelt der det står at nærmeste leder er saksbehandler, at rapporten kan inkludere kolleger som «kopiadressater», og at den som rapporterer må huske på å dokumentere hendelsen i elektronisk pasientjournal dersom hendelsen har ledet til en pasientskade. Dette vil si at meldeskjemaet slik er en dobbel bokføring eller registrering av en hendelse. Det er fire kategoriserte feltbokser for fritekst som kan fylles ut for å gi opplysninger om hendelsesforløpet. I det første feltet skal sykepleieren beskrive hendelsen, det vil si formulere en tekst om hvor hendelsen skjedde, hva som skjedde og hvordan. Dette kan tolkes som en oppmuntring til sykepleieren til å formulere en tekst på en gitt måte (hvor, hva, hvordan). Neste tekstboks omhandler beskrivelser av årsaker til hendelsen, det vil si hvorfor hendelsen skjedde. Her oppmuntrer skjemaet sykepleieren til å gjøre en slags førstehåndsanalyse av hendelsesforløpet. Den tredje tekstboksen omhandler hvilke konsekvenser hendelsen hadde for pasienten der og da, samt de tiltak som ble utført for å begrense skaden. Her fordrer skjemaet egentlig at hendelsen faktisk hadde en umiddelbar konsekvens for en pasient. I den siste tekstboksen kan sykepleieren skrive inn forslag til forbedringstiltak for å hindre lignende hendelser.

Andre opplysninger som beskriver hendelsen kan videre fylles ut. Dette gjelder opplysninger slik som en gradert risikovurdering av faktiske og potensielle konsekvenser av hendelsen, ressursbruk (kostnadsberegning av hendelsen) og oppfølging av pasienten etter hendelsen inntraff. Av disse mulige opplysningene er det nok spesielt den siste som fremstår som mest opplagt for en sykepleier. De andre opplysningene vil kreve at sykepleieren har en formening om risiko, potensielle konsekvenser og kostnader forbundet med en hendelse. Dette virker som mer typiske parametere i en risikoanalyse.

Registrering
a a

**Registrering av uønsket pasienthendelse**  
Ansv. enhet:   
  
Registrert av:   
Stilling:  Telefonnummer:   
Romnr hvis relevant:  Arbeidsadresse:

**Pasientidentifikasjon**  
Pasientens navn:   
Fødselsnummer:

**Beskrivelse av hendelse / forhold**  
Dato for hendelsen:  Klokken:   
  
Beskriv hendelsen (Hvor skjedde det, hva skjedde og hvordan? Hvis relevant, angi prøvenummer/utstyrsnummer/sakarkivnummer.)  
  
Beskriv årsakene til hendelsen (Hvorfor skjedde det?)  
  
Beskriv hvilke umiddelbare konsekvenser fikk hendelsen for pasienten og hva ble evt. gjort av strakstiltak for å begrense skaden?  
  
Beskriv evt. forslag til forbedringstiltak for å hindre lignende hendelser i framtiden?

**Involvert utstyr**  
Dersom potensielt alvorlig hendelse med medisinsk-teknisk utstyr, "frys" utstyrsoppsettet hvis mulig og ring Medisinsk teknologi vakt.  
Tlf.  (døgn)  
  
Var medisinsk utstyr (medisinsk-teknisk utstyr eller engangsutstyr / forbruksvarer) involvert? ☐ Ja ☒ Nei

**Risikovurdering**  

**Faktisk konsekvens**  
Hvor alvorlige konsekvenser fikk hendelsen for denne pasienten?  
☐ Ingen / ubetydelig konsekvens  
☐ Mindre alvorlig konsekvens  
☐ Moderat skade  
☐ Betydelig skade  
☐ Unaturlig dødsfall / katastrofal skade

**Potensiell konsekvens**  
Hva er forventede utfall dersom hendelsen skjer om igjen (med en annen pasient)?  
☐ Ingen / ubetydelig konsekvens  
☐ Mindre alvorlig konsekvens  
☐ Moderat skade  
☐ Betydelig skade  
☐ Unaturlig dødsfall / katastrofal skade

**Hyppighet**  
Basert på din erfaring, omtrent hvor ofte forekommer hendelser som denne i din enhet?  
☐ Daglig ☐ Ukentlig ☐ Månedlig ☐ Årlig ☐ Sjeldnere

**Ressursbruk**  
Omtrentlig hvor mye ekstra ressurser antar du at denne uønskede hendelsen har kostet for sykehuset? (Se hjelpeleksten.)  
☐ Minimal kostnad, opptil kr. 1000  
☐ Mindre kostnad, over kr. 1000  
☐ Moderat kostnad, over kr. 10 000  
☐ Betydelig kostnad, over kr. 100 000  
☐ Svært stor kostnad, over kr. 1 million

**Oppfølging av pasienten etter hendelsen**  
Er hendelsen og evt. konsekvenser for pasienten dokumentert i pasientjournalen? ☐ Ja ☐ Nei  
Er pasienten vurdert av lege i forhold til hendelsen? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Uaktuelt  
Er pasienten / pårørende informert om hendelsen? ☐ Ja ☐ Nei  
Er pasienten / pårørende informert om Norsk pasientskadeerstatning? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Uaktuelt

**Saksnummer:**   
**Status:**   
**Saksbehandler:**   
**Ansv. enhet:**   
**Registrert i enhet:**   
**Pålogget bruker:**   
**Rolle:**  melder  
☐ Legg saken på min huskeliste

**Hjelp til registrering av avvik**  
Beskriv hendelsen / forholdet i feltene til venstre. Pek på spørsmålsikonet ved hvert spørsmål for tips til utfyllingen.  
Når du trykker "Send", overføres saken til langitt leder pr. e-post.  
Du kan legge til kollegaer som kopimottaker i menyen nedenfor.  
Husk at hendelser som har skadet en pasient skal dokumenteres i pasientjournalen.

Dato:  Saksgang:

Avviket sendes til:   
Send kopi til:

**Figur 3: Meldeskjemaet for pasienthendelse i meldesystemet ved sykehuset. Skjemaet består av kategoriserte lister og knapper, og ukategoriserte fritextstfelter. Den innloggede ansatte står automatisk oppført, sammen med avdelingsleder som automatisk mottar rapporten.**

## 4.2 Sykepleiernes forståelse av meldesystemets formål

### 4.2.1 Hensikten med meldesystemer

I intervjuene forteller sykepleierne at uønskede hendelser forekommer opptil flere ganger hver uke. Alle sykepleierne var kjent med meldesystemet ved sykehuset. Sykepleierne hadde ulike erfaringer med bruk av meldesystemet, og hadde ulike oppfatninger av dets funksjonalitet og intensjonen bak det. Sykepleierne var imidlertid alle kjent med sammenhengen mellom forekomsten av en uønsket hendelse og en rapportering av hendelsen. Sykepleierne jeg intervjuet var kjent med begrepet *avvik* og brukte dette gjennomgående. «Avvik» er å forstå som en uønsket hendelse. Elisa viser sin forståelse av meldesystemets formål og hensikt:

*Et avvik er ment å gjøre en forandring på et system eller en rutine. Eller sette søkelys på at man har en bemanningssituasjon som er for dårlig.*

Denne beskrivelsen av meldesystemer representerer en overordnet forståelse av hvordan meldesystemet er ment å fungere. Informasjonen fra meldesystemer har som hensikt å føre til en forbedring av arbeidspraksis i form av tiltak for endringer i rutiner og utbedring av mangler i prosedyrer (WHO 2005a). I fokusgruppeintervjuer med leger og sykepleiere finner Kingston m. fl. (2004) at uønskede hendelser rapporteres for å påpeke aspekter ved arbeidspraksis. Legene og sykepleierne mente at rapporteringen kunne føre til at ledelsen ble oppmerksom på problemer og kunne respondere ved eksempelvis å øke bemanningen (Kingston m. fl. 2004).

Enten observerer sykepleierne situasjonene som fører til uønskede hendelser, forhindrer dem eller utløser dem selv. Schuster og Nykolyn (2010) sier at latente feil finnes i alle organisasjoner, og stammer fra avgjørelser fra ledelse og administrasjon. De utløses tilfeldig i situasjoner med høyt arbeidspress, personellmangel, mangelfull oppæring, dårlige kommunikasjonsprosesser og suboptimale prosedyrer. Administrasjon og ledelse er fjernet både i tid og sted fra den spisse enden av organisasjonen der pasientbehandlingen skjer. Ledelsens innflytelse blir mer indirekte. En ledelse langt fra avdelingsnivå bestemmer de store retningslinjene uten å spesifisere hva retningslinjen nøyaktig skal inneholde (Schuster og Nykolyn 2010, 169). Helsepersonell kan imidlertid ønske å påvirke ledelsen til nettopp i sterkere grad å spesifisere krav til retningslinjer ved å gi tilbakemeldinger. Ida beskriver det slik:

*Det er viktig å synliggjøre avvik slik at folk som analyserer og ser på statistikken ser hvor det er problemområder. Dette er jo også hva som kan være potensiell skade, for det er jo ikke alltid at det blir noe ute av om man gir en tablett feil. Det er ikke sikkert*



*at det har noen konsekvens, men det kan jo ha en potensiell konsekvens som kan være greit å synliggjøre.*

Kartleggingen av pasientskader og informasjonen fra rapporter gir kunnskap til både personell og ledelse om risikonivå og risikoområder i sykehuset (Helse- og omsorgsdepartementet 2012-2013). Rapporter kan gjøre ledelsen oppmerksom på en ressursituasjon som eventuelt er uforsvarlig og burde endres, det vil si som et verktøy for å etterprøve retningslinjer og rutiner. I komplekse organisasjoner kan tiltak bestemt av ledelse og administrasjon øke risiko for å generere uforutsette menneskelige feil i pasientnære deler av organisasjonsstrukturen (Aase og Wiig 2010). For at en endring i en organisasjonsstruktur, retningslinje eller rutine skal lykkes forutsetter det ofte at ledelsen har en forståelse av den praktiske konsekvensen av endringen.

Et meldesystem er ment å fange opp også de situasjoner som kunne ført til pasientskade (Hjort 2007). Sykepleierne beskriver at denne ideen bak meldesystemet er kjent, det vil si at meldesystemet skal bidra til kvalitetsforbedring. Elisa beskriver det slik:

*Hvis man ønsker å si ifra om en situasjon som er potensielt farlig og som kan gjenta seg, så må man få satt søkelyset på det. Da er det riktig å skrive et avvik. Det må ikke nødvendigvis være noe som har gått skikkelig galt. Samtidig skal man jo ikke sette i gang en avviksprosess for ingenting heller.*

I stortingsmelding 10 viser regjeringen Stoltenberg II til at en åpenhet om uønskede hendelser er en forutsetning for å kunne lære av og få kjennskap til og forebygge gjentakelse. Hendelsene skal brukes som informasjonsgrunnlag til å forbedre pasientsikkerheten (Helse- og omsorgsdepartementet 2012-2013). Det vil si at regjeringens innstilling er entydig med hva den anser som intensjonen med meldesystemer. Å rapportere både hendelser som kunne ført til skade og hendelser som førte til skade er også en av WHO's sentrale poenger om hva meldesystemer er ment å anvendes til (WHO 2005a). Sykepleierne omtaler meldesystemets hensikt på lignende måte. Ida beskriver sin forståelse over hvilke hendelser som bør rapporteres i meldesystemet:

*Nå har ikke jeg oversikt over hvor mange avvik som skrives, og hva de går ut på, men jeg mener man kunne hatt mer kultur på å melde i fra. Ofte er det mer som du sa direkte pasientskade eller veldig alvorlige ting som meldes.*

Det fremgikk tidlig av intervjuene at sykepleierne mente det var en høyere rapporteringsfrekvens av det de oppfatter som alvorlige uønskede hendelser enn de mindre alvorlige hendelsene. Det er påpekt at helsetjenesten i Norge er mer tilbøyelig til å rapportere situasjoner som har fått alvorlige konsekvenser enn hendelser med mindre følger (Braut og Holmboe 2010). Sykepleierne ønsket en sterkere relasjon mellom mindre alvorlige hendelser og rapportering i meldesystemet. Man kan se dette som et uttrykt behov for synliggjøring av hva sykepleierne oppfatter som kritikkverdige forhold ved arbeidet sitt. Det er trolig enklere å beskrive et faktisk hendelsesforløp enn ett som kunne ha ført til skade, det vil si en hendelse som hadde en konsekvens i motsetning til en tenkt hendelse med en tenkt konsekvens. En hendelse som har ført til skade fremstår mer alvorlig (dramatikk), er lett å definere, og kan i tillegg knyttes til juridiske konsekvenser. Meldeplikten i Helsepersonelloven § 17 fremhever «informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet» (Molven 2009a).

Ifølge kvalitetsutvalget ved sykehuset skal rapporter brukes til en statistisk samlet oversikt over uønskede hendelser ved sykehuset for å identifisere risikoområder og systemsvikt. Dette kan kalles sykehusets risikostrategi, der klassifisering av hendelser relatert til pasientsikkerhetshendelser gjerne faller inn under kategoriene type hendelse, risiko eller årsak. WHO omtaler klassifiseringssystemer som kategoriserer og systematiserer hendelser for systemer basert på «taksonomi» (hendelse, risiko, årsak) (WHO 2005a). Tanken med å samle inn informasjon om hendelser gjennom meldesystemer kan møte utfordringer når de implementeres i helsevesenet. Schuster og Nykolyn (2010) skriver at helsevesenet er på etterskudd når det gjelder systematisk å identifisere, skaffe seg oversikt over og lære av uønskede hendelser. Det vil si at helsevesenet har en lavere grad av risikostyring sammenlignet med høyrisikoindustrier. Helsevesenet kan sies å være svært sent ute med å anerkjenne hvilken betydning latente systemfaktorer har på forekomsten av uønskede hendelser (Schuster og Nykolyn 2010, 178).

#### **4.2.2 Hverdagsbeskrivelser av uønskede hendelser**

Sykepleiere representerer som tidligere nevnt den største gruppen av helsepersonell innenfor sykehuset, og har også mest direkte pasientkontakt. Derfor er de unikt plassert til å kommunisere essensiell pasientinformasjon til andre deler av behandlingsteamet. Sykepleiere kan derfor også sies å være essensielle når det gjelder å observere, avdekke og forhindre uønskede hendelser (Schuster og Nykolyn 2010; Tucker og Spear 2006). Jeg har egne erfaringer med at uønskede hendelser forekommer i det daglige pasientarbeidet. Eksempelvis ble jeg en gang bedt om å dobbeltkontrollere et medikament en annen sykepleier skulle gi. Jeg

stusset over medikamentvalget, og det viste seg at ampullen var lagt i en eske for et annet medikament. Etikettene og teksten på ampullene hadde lik farge slik at de lett kan forbyttes. Medisinene har svært ulik effekt (kvalmestillende eller adrenalin) og i en hektisk situasjon kunne jeg lett oversett hva som stod på ampullen. Utseende, form og farge på medisiner kan i en situasjon med høyt arbeidspress være utløsende faktorer for en uønsket hendelse. Latente feil blir da raskt til aktive feil i sykehushverdagen. Hensikten bak fokuset på pasientsikkerhet er å gjøre helsepersonellet klar over at selv om de har de beste intensjoner kan hendelser forekomme (Rowley og Waring 2011).

Arbeidshverdagen var gjenkjennbar i beskrivelsene som intervjudeltagerne presenterte. De uønskede hendelsene kunne forekomme i mange ulike situasjoner, og virket nært knyttet til tids- og arbeidspress. Sykepleierne beskrev hverdagen sin som kompleks og uryddig, da de ofte ble introdusert for uventede ting som skjedde i forbindelse med pasientbehandlingen der pasientene selv, kollegaer, legevisitter, portører og andre tilfeldige ukoordinerte og ikke planlagte aktiviteter bidro til å oppstykke oppmerksomheten om en og samme arbeidsprosess. Dette kunne føre til avbrutte arbeidsprosesser, eller mangler og uforutsette endringer i pasientenes behandlingsplan. Sykepleiere som hele tiden skifter konsentrasjonen fra en ting til en annen, kan miste viktig informasjon underveis. Mulighetene for feil øker i et miljø som er preget av forstyrrelser blant annet i form av avbrytelser. Noen avbrytelser vil være nødvendige, men når stadige avbrytelser blir vanlig øker muligheten for feil betraktelig (Schuster og Nykolyn 2010). Arbeidet virker i liten grad preget av kontinuitet og jevn flyt. Uforutsette situasjoner kan og vil til stadighet oppstå grunnet at pasientbehandling er uforutsigbar (Vikkelsø og Vinge 2004b), og det kan synes som dette er en akseptert del av arbeidshverdagen. Olsvold (2010) påpeker at sykepleiere på grunn av travelheten, intensiteten og fragmenteringen av arbeidet har innrettet seg og arbeider ut fra en «multi-tasking»-tankegang. Arbeidet blir utført, og det finnes en kontinuitet i arbeidsprosessene fordi sykepleierne holder mange prosesser i gang samtidig, som fører til dilemmaer om tidsbruk. Olsvold skriver videre at sykepleiere på en medisinsk avdeling ikke rapporterte uønskede hendelser på grunn av tidspress og prioriteringer, på tross av at disse sykepleierne kunne arbeide en til to timer ubetalt overtid i løpet av en vakt (Olsvold 2010).

Et viktig trekk ved sykepleiernes beskrivelser av uønskede hendelser er at hendelsene gjerne var relatert til en pasient, det vil si en situasjon som medførte eller kunne medført fare for pasienten. Generelle rutinebrudd og forstyrrelser av arbeidshverdagen der ikke pasient var

direkte involvert ble i mindre grad rapportert, men sykepleierne var godt kjent med slike problemer og trakk dette inn i diskusjonen stort sett hele tiden.

#### **4.2.2.1 Eksempel 1 – Manglende forordning ved mottagelse av pasient**

Sykepleierne fra det ene intervjuet arbeider i en spesialavdeling hvor de har tatt i bruk et elektronisk kurvesystem (metavision). Legens og sykepleierens forordning og dokumentering av eksempelvis medisiner, vitale verdier og behandlingstiltak fremgår elektronisk på en dataskjerm. Før foregikk dette ved nedtegning i en «kurve» av papir, gjerne i A3-format. Det elektroniske kurvesystemet er et dokumentasjonsverktøy i tillegg til elektronisk pasientjournal (EPJ). De dagligdagse forordninger, behandlingstiltak og lignende føres i «metavision», mens dokumentering av dagens hendelsesforløp foregår i en skriftlig rapport i EPJ. I henhold til dokumentasjonsplikten skal både leger og sykepleiere dokumentere pasientbehandlingen i både EPJ og metavision. Altså har både sykepleiere og leger begge en dokumenteringsplikt i disse verktøyene.

Frida beskriver mottak av en hjertepasient som ble overført fra operasjonsavdelingen:

*Den ene gangen jeg sendte avvik var det fordi operasjonsavdelingen ikke hadde overført en hjertepasient på metavision. Man er veldig avhengig av metavision for forordningene og hvor mye de har fått av koaguleringsmidler. Man gjør veldig mye i de første minuttene i mottak<sup>8</sup> og vil jo gjerne registrere med en gang. Først må man ringe for å få overført pasientkurven, så hadde ikke legen lagt inn noen slags forordninger, ikke medisiner, ikke retningslinjer, ingenting. Du står der ganske alene, ringer og prøver å få tak i riktig folk for å få forordning og få vite hva du skal gjøre.*

Sykepleierens konsentrasjon fordeles over en dynamisk blanding av arbeidsoppgaver gjeldende pasienter, kolleger, tilgjengeligheten av medisinsk teknisk utstyr og datamaskiner (for tilgang til EPJ og metavision). Skifte i fokus medfører brudd i konsentrasjonen for sykepleieren. Sykepleieren må bruke mye tid på å rydde opp i både manglende overføring av kurven i metavision fra operasjonsavdelingen og videre finne ut hvem som var ansvarlig for forordningene til pasienten. Eksempelet viser en uforutsett uønsket hendelse i en sykepleiers arbeidshverdag, og sykepleieren må håndtere en marginal pasient uten forordninger fra legen, da den skriftlige dokumentasjonen ikke finnes. Sykepleierens ressurser må brukes til å «rydde» opp i hendelsen. Mengis og Nicolini (2011) sier at 15 % av sykepleiernes arbeidstid brukes til å rette opp i konsekvensene av latente systemfeil, men kun de problemene som

---

<sup>8</sup> Overtagelse av en pasient fra en annen avdeling, her fra operasjonsavdelingen.

ligger i overflaten, ikke de underliggende årsakene til at hendelsene oppstår. Man rekker ikke å gjøre en dypere analyse av bakenforliggende faktorer, samt at arbeidskulturen innen helsevesenet generelt ikke har oppfordret til å innrømme at feil skyldes grunnleggende svakheter i måten man arbeider på (Mengis og Nicolini 2011, 171). For eksempel vil rapportering av hendelser som kunne ført til pasientskade ikke nødvendigvis føre til endringer i holdninger eller adferd. Evans m. fl. (2006) finner i en spørreundersøkelse av sykepleiere og leger at rapportering av uønskede hendelser samsvarer med deres oppfatning av hva som skal rapporteres når hendelsene er umiddelbare og konsekvensene tydelige. Dette er typiske aktive feil. Et flertall av leger vil for eksempel oppgi at de mener hendelser der pasienten får *feil* behandling skal rapporteres, mens denne andelen synker når det gjelder hendelser der pasienten ikke fikk *nødvendig* behandling, til tross for at uønskede hendelser forekommer dobbelt så ofte for den siste kategorien (Evans m. fl. 2006).

Det kan være mange årsaker til manglende forordning og dokumentering. Legen kan ha hatt hastverk og har derfor ikke signert og dokumentert forordningen. Eller så har ingen sett det som sitt ansvar å dokumentere forordningen, da det kan ha blitt en glipp i hvem som er ansvarlig for pasienten. Situasjonen medfører at sykepleieren opplever å ha svært lite handlingsrom og «verktøy», eller retningslinjer å arbeide ut fra. Frida tar over en marginal nyoperert hjertepasient, og har ikke tilgang på den elektroniske medisinalisten i metavision, hvor det foreligger informasjon om medisiner som skal administreres kontinuerlig. Når hun får tilgang på informasjonen fra metavision, så viser det seg at det ikke er lagt inn medisinalforordninger og retningslinjer for hvordan pasienten skal behandles av behandlende lege. Frida må altså videre undersøke hvem som er ansvarlig for den manglende forordningen på en pasient som i utgangspunktet er kritisk syk og trenger rask kontinuerlig vurdering av sin tilstand. Denne situasjonen opplever Frida som svært uforsvarlig og vanskelig, og er en representativ beskrivelse av en systemsvikt eller ansvarsfraskrivelse.

Frida beskriver hvilken tilbakemelding som ble gitt i etterkant av at hendelsen ble rapportert i meldesystemet:

*Jeg følte at det avviket ble egentlig sendt feil, for det ble sendt til operasjonsavdelingen som ikke hadde overført kurven. Det ordnet seg egentlig ganske fort med at de overførte etter hvert. Men så hadde jeg jo ikke forordningen. Jeg fikk i hvert fall bare til svar at dette kunne skje, og at man da skulle kontakte operasjon for å få dem til å overføre kurven. Men det var jo ikke det som var poenget mitt.*

*M: Hva var det som egentlig var poenget med avviket?*

*Frida: Legen skulle ha forordnet i metavision. Jeg har også meldt dette før.*

I tilbakemeldingen fra meldesystemet var denne hendelsen tolket slik at det kun var overføringen av kurven fra operasjonsavdelingen som var problemet, mens Frida mener at manglende forordning var det egentlige underliggende problemet. I dette tilfellet var det ikke en overenstemmelse mellom konsekvensen av rapporten i tilbakemeldingen, og sykepleierens opprinnelige hensikt med å rapportere hendelsen. Legen som var ansvarlig for den manglende forordningen uteblir i tilbakemeldingsarbeidet, som et eksempel på at rapporter ikke nødvendigvis avdekker underliggende årsaker (Evans m. fl. 2006), men blir «lost in translation». Sykepleieren og legen er ikke involvert i analysen som ligger bak tilbakemeldingen, hvilket kan forklare at meningen gikk tapt, eller at sykepleierens rapporttekst ble tolket annerledes.

#### **4.2.2.2 Eksempel 2 – Manglede sikkerhetsrutiner i overflytningssituasjon**

Daniel beskriver et annet eksempel på en uønsket hendelse han tidligere hadde rapportert. Pasienten var akutt kritisk syk, og fikk hjertestans:

*Jeg hadde et tilfelle som var veldig alvorlig. Det var en pasient som fikk hjertestans akkurat da han kom inn. Han var veldig ustabil og hadde spydd en masse blod. Da han kom til oss var han jo helt utblødd. Eneste han hadde var en rosa veneflon som ikke virket. Med glukose på! Det var så dårlig så det gikk ikke an å bli verre<sup>9</sup>. Så fikk han hjertestans akkurat idet ambulansen kjørte han inn på avdelingen. Så klarte de å resusitere<sup>10</sup> pasienten. Så bar det rett opp på operasjonsstua, og da skrev jeg avvik. Både legene og vi og alle sammen. Jeg fikk aldri noen tilbakemeldinger, og så spurte jeg ambulansesjåførene om de hadde hørt noe. Nei, det hadde de ikke. Da fungerer det ikke, for det her var jo veldig alvorlig. Pasienten var jo så langt ifra døden, en ung mann.*

Sykepleieren opplevde situasjonen som svært uforsvarlig idet pasientens liv er truet på grunn av uforsvarlig praksis og mangelfulle sikkerhetsrutiner. I dette tilfellet virker det ikke som pasienten har mottatt forsvarlig behandling etter gjeldende retningslinjer for det personellet som leverte pasienten fra seg. Pasienten var i utgangspunktet svært ustabil og situasjonen forverret seg i tillegg betraktelig. En pasient under transport skal en intravenøs tilgang til medisiner som fungerer. I tillegg var denne pasienten så ustabil at han burde ha hatt flere

---

<sup>9</sup> Glukose settes for å tilføre pasienten for å tilføre pasienten væske og sukker. Veneflon er et plastrør som ligger inne i en blodåre for å kunne gi væske og medisiner. Akuttpasienter skal ha en slik intravenøs tilgang.

<sup>10</sup> Gjenopplive pasienten med hjerte-lungeredning.

veneflontilganger i tilfelle han kunne bli dårligere, hvilket han også ble. Ved overflytningssituasjoner er pasienten sårbar, og spesielt avhengig av sykepleiernes kompetanse, årvåkenhet, kommunikasjonsferdigheter, stressnivå, konsentrasjonsnivå og arbeidsbelastning (Schuster og Nykolyn 2010). Slike situasjoner er viktig å rapportere, slik at rutiner forbedres og utfallet ikke blir så avhengig av individuelle tilfældigheter. Daniel etterspør informasjon om ambulansepersonellet har fått beskjed om hans rapport på grunnlag av hendelsens alvorlige karakter. Ambulansepersonellet gir beskjed om at de ikke har det. Sykepleieren vil i dette tilfellet oppleve at meldesystemet ikke fungerer etter hensikten.

#### **4.2.2.3 Eksempel 3 – Manglende skriftlig forordning**

Frida beskriver et annet eksempel på en uønsket pasienthendelse. Pasienten var innlagt grunnet subaraknoidalblødning (SAH – hjerneblødning) og var avhengig av å opprettholde et tilfredsstillende trykk i hodet (CPP - Cerebral Perfusion Pressure):

*Det var en ung nevrokirurgisk pasient med SAH som behandles med noradrenalin. Ikke noe veldig alvorlig, men det var ubehagelig da jeg kom på dagvakt og får beskjed under muntlig rapport fra nattsykepleier at kirurgen har sagt at det her behøver bare CPP 'en å være over 55. Så kommer jeg på visitt med tre anestesileger og to nevrokirurger som sier - Men hun har jo altfor lav CPP! Hun skal jo ha CPP over 65 som standard behandling for alle SAH. Det burde du vite!<sup>11</sup>*

Under visitten etterspør legene hvorfor ikke standard behandling for denne pasienten er fulgt, og de mener det er et klart brudd på denne behandlingsrutinen. Frida forklarer videre at den utløsende årsaken til at rutinen ikke ble fulgt er at en kirurg har overstyrt rutinen:

*Jeg fikk beskjed om at kirurg har sagt at her skal CPP bare være over 55. Da skal vi se på Metavision om det er skrevet inn på retningslinjer. Nei, det var det ikke! Ok, hvilken kirurg var det som har sagt det? Nei, jeg vet ikke for det var på natten, og jeg er på dagen så dette har jeg bare fått muntlig beskjed om.*

En kirurg som har vært innom i løpet av natten har forordnet en annen behandling muntlig. Den muntlige forordningen overstyrer retningslinjer for SAH behandling, da «nattlegen» trolig har vurdert pasienten til å være stabil nok til å kunne avslutte behandling etter disse retningslinjene. Klare sviktområder med hensyn til dokumentasjonsføring av forordninger avdekkes. Frida forklarer hvordan situasjonen utspilte seg videre, og at den ble rapportert:

---

<sup>11</sup> Retningslinjer for SAH-behandling tilsier at CPP bør være over 65 (mm kvikksølv). Trykket skal ikke under 65, da et lavere trykk sørger for mindre blodtilstrømning til hjernen.

*Så blir jeg stilt til veggs fordi jeg ikke vet hvem som har sagt at CPP skal være over 55. Det er ikke blitt dokumentert noe sted. Det var som om man ikke blir trodd og det er ubehagelig. Det jeg sendte avvik på var at det må dokumenteres hvem som sier hva. Jeg tviler ikke på at kirurgen har vært innom og sagt at her trenger du bare å ha en CPP over 55. Men det må dokumenteres et sted at kirurgen har vært innom, hvilken kirurg det var, og at det er blitt sagt muntlig at CPP 'en skal være over 55. Det kan man jo legge inn på Metavision.*

Arbeidet til sykepleieren følger vanligvis retningslinjer og rutiner, men gjeldene retningslinjer kan overstyres ved at en lege vurderer at en annen behandling er forsvarlig. Fridas rapport kan brukes til å avklare om legens muntlige forordning er forsvarlig, eller om en skriftlig forordning er påkrevet for å unngå lignende uønskede hendelser. I en muntlig forordning er det også rom for feiltolkninger. Jeg har selv opplevd samme situasjon i mange tilfeller der det ses som mitt ansvar å dokumentere fordi legen må haste videre, eller at jeg mottok en muntlig forordning over telefon. En artikkel viser at muntlige forordninger av medisiner kan føre til feilmedisinering (Bruheim 2008).

Fridas eksempel var heller ikke unikt. Sykepleierne beskrev også at de tok over mange andre arbeidsoppgaver som ikke egentlig var deres. Sykepleierne beskrev det slik:

*Hedda: Det går seg jo alltid til, ikke sant, men det fører til ekstraarbeide.*

*Ida: Vi klarer jo å forebygge den type ting. Hvis portørene ikke kommer, da må vi slippe alt vi har i hendene og løpe selv, og da får jo pasienten undersøkelsen og da synes det ikke. Men da er det jo andre ting som det går på bekostning av dette. Da burde man skrevet avvik, men man gjør jo ikke det.*

*Hedda: Nei for da må man jo ta igjen tiden som man brukte på å transportere pasienten når man faktisk var på andre siden av huset med pasienten.*

Sykepleierne følte at de måtte sørge for at oppgavene ble gjort for å ivareta pasienten. Dette gjaldt portøroppgaver, sekretæroppgaver og legeoppgaver. Vikkelsø og Vinge (2004) referer til Schneider og Wagner (1993) som viser til at sykepleiernes oppgaver, tross fagpolitiske forsøk på å avgrense ansvarsområdet, fortsatt utvides til å gjennomføre oppgaver sykepleiere ikke skal gjøre (Vikkelsø og Vinge 2004b). Olsvold (2010) skriver at måten sykepleiere tar ansvar på sørger for at organisasjonen «går rundt». Dette forstås som at sykepleierne utøver *aktørskap*. Dette aktørskapet er i seg selv ikke så synlig, men er avgjørende for at pasientbehandlingen på sykehuset kommer i mål (Olsvold 2010). Sykepleierne er fleksible og



dynamiske i sin yrkesutøvelse, og dersom rutiner svikter tar de ansvar for situasjonen. Dette vil også si at de er vant til og godtar at arbeidshverdagen er preget av uforutsette avvik fra og brudd på rutiner. Dette vil si at sykepleiernes forståelse av hva som er en uønskede hendelser kan være at de er en form for rutinemessige «hendelige uhell».

Fridas beskrivelser sier mye om maktforhold da man må svare for de uønskede hendelser man ikke er skyld i. I tilfellet over vil sykepleieren stå ovenfor fem leger. Blir sykepleieren automatisk stilt ansvarlig? I så tilfelle er dette å rette baker for smed. En annen måte å nærme seg en forklaring på situasjonene vil være å gjennomgå hendelsesforløpet for eventuelt å utbedre rutinene. Pasientansvaret er fordelt på mange hender, og den enkeltes kompetanse er avhengig av mange personers innsats for å kunne anvendes optimalt (Olsvold 2010). Sykepleierne beskriver manglende systematikk i å følge opp arbeidsrutiner. De forteller at de påtar seg arbeidsoppgaver for andre profesjoner, og slik beskriver sykepleierne en kultur der det er aksept for at ansvar delegeres nedover på en uformell måte, at delegeringen ikke dokumenteres og at sykepleiere stilles til ansvar for hendelser som egentlig skyldtes den delegerende part («nattlegen»). Videre mener de at dette fører til at uønskede hendelser som skyldes uklarheter vil gjenta seg, som følge av delegeringen av ansvar. Kunne konsekvensen av denne rapportere uønskede hendelsen vært å skape en samarbeidsarena på tvers av profesjonene for å forbedre rutinen? Dette fordrer imidlertid en felles enighet om at diskusjon og gjennomgang av arbeidet er en god kvalitetssikring av pasientbehandlingen. Lege- og sykepleieprofesjonene arbeider tildels avgrenset fra hverandre, som kan gjøre enighet vanskelig å oppnå (Olsvold 2010).

#### **4.2.2.4 Eksempel 4: - Feiladministrering av medisiner**

Feilmedisinering kan være svært alvorlig og kan ha store konsekvenser for pasienten. En eventuell pasientskade som følge av feiladministrering av medisin trenger ikke være umiddelbar og kan inntreffe på et senere tidspunkt. Ane sier følgende om to medisiner som blir feiladministrert:

*Det var en sykepleier som gav nifedipin<sup>12</sup> intravenøst, som skal gis sublingualt. Det ble snakket om, men jeg vet ikke om det ble skrevet avvik. Det har jo skjedd før også, vi har jo hatt sykepleiere som har gitt laktulose<sup>13</sup> men det ble ikke skrevet avvik på det fordi det gikk greit med pasienten. Får de en lungeemboli eller noe lignende så blir det*

---

<sup>12</sup> Flytende Nifedipin gis til pasienter for å senke blodtrykket, og skal gis sublingualt, det vil si under tungen.

<sup>13</sup> Laktulose drikkes og skal ikke administreres intravenøst.

*veldig stort. Så jeg har en følelse av at den der akseptgrensen tøyes så lenge det går bra med pasienten.*

All medisin har en bruksforklaring tilknyttet felleskatalogen hvor det forklares hvordan medisinen skal administreres. Det er sjelden tvil om hvordan man skal gi medisinen så lenge man har gjort forarbeidet med å sette seg inn i bruksforklaringen. Ane beskriver at dersom den uønskede hendelsen ikke får store konsekvenser for pasienten der og da rapporteres den ikke. Sykepleierne forteller om gjentagende alvorlige feilmedisineringer. Dersom medisinen umiddelbart hadde fått stor konsekvens, ville den trolig ha blitt rapportert. Utdraget over viser at selv om uønskede hendelser forekommer synes det som om det ikke er noen selvfølge i at disse skal rapporteres.

Dersom pasienten på et senere tidspunkt skulle fått lungeemboli som følge av feilmedisinering, vil mangelen av rapporterte feilmedisineringer gjøre det vanskeligere å nøste opp i hva som var bakgrunnen for pasientens utvikling. Lungeembolien kan da tolkes som en tilfeldig komplikasjon. I tillegg er det enda vanskeligere å finne ut hvorfor sykepleiere gjør slike feilmedisineringer. Kan det være behov for opplæring og gjennomgang av rutiner for medisinadministrasjon? Det er også interessant at sykepleierne nevner eksempelet med feiladministrering av laktulose intravenøst. Dette er en alvorlig feil som ikke skal skje. Det er et økt fokus på systemfeil, men det er også viktig og ikke glemme muligheten for individuelle forglemmelser og eventuell mangelfull opplæring (Karga m. fl. 2011).

#### **4.3 Uønskede hendelser som heterogene aktører**

Her tegnes konturene av et aktør-nettverk. Med inspirasjon fra et aktør-nettverksperspektiv kan det i et nettverk, bestående av sykepleiere og kliniske omgivelser i form av prosedyrer, rutiner, pasienter, andre profesjoner, datamaskiner og teknologiske verktøy oppstå uønskede hendelser i form av avvik fra ønsket behandling. Hendelsene opptrer som nye aktører i nettverket. I interaksjon med sykepleieren kan den oppståtte hendelsen skape en relasjon til meldesystemet. Dette vil kunne uttrykkes som hvilke relasjoner som skapes mellom de ulike aktørene og prosessen frem til at hendelsen blir en rapport (Justesen 2005).

Fra intervjuene virker sykepleierne kjent med at det finnes en risiko for å skade pasienter. De trekker til dels slutningen at slike «hendelige uhell» faktisk kan være systematiske feil som gjentar seg. En artikkel som er skrevet for over ti år siden, viser til at en tredjedel av de ansatte ved en intensivavdeling ikke anerkjenner at de kan gjøre feil (Sexton, Thomas, og Helmreich 2000). Tanken at preventive tiltak som å ta i bruk systemer for kvalitetsforbedring

for å minimere eller eliminere feil ser ut til å ha endret seg hos mine sykepleiere Sykepleierne snakker åpent og ubesværet om uønskede hendelser, og reflekterer over situasjoner og kontekst som lå forut for hendelsene.

Tolket ved hjelp av ANT vil sykehusets flerfoldige sosiale og materielle elementer gi informasjon om sykepleieres sosiale praksis (Aanestad og Olaussen 2010b). En uønsket hendelse i pasientbehandlingen er en aktør som rommer både sosiale og materielle elementer, som eksemplet med feiladministrering av medisiner og eksemplet med manglende forordning på medisinkurven. Feiladministrering av medisin er en hendelse som involverer sykepleieren som gir medisinen, medisinen som pasienten får, og bakenforliggende opplæringsrutiner. Manglende skriftlig forordning i elektronisk medisinkurve består av et hendelsesforløp som involverer legens forglemmelse, den manglende skriftlige forordningen, sykepleierens manglende handlingsrom, den ventende pasienten og til syvende og sist arbeidsrutinen som lot dette skje. Dette er eksempler på at hver aktør også i seg selv er et nettverk (Law 1992). Alle elementene i hendelsesforløpet er aktører som handler og utgjør et nettverk. Eksemplene illustrerer slik at en uønsket hendelse som aktør er mangfoldig, siden dens innhold eller egenskaper fremstår ulikt avhengig av hendelsesforløpet. Feilmedisinering, dårlige forordningsrutiner eller manglende sikkerhetsrutiner ved overflytninger er eksempler på at uønskede hendelser inviterer til en mangefasettert oppfatning av hva en uønsket hendelse er. Dette er igjen i tråd med hva Law (1992) beskriver som heterogene aktører. Aktøren uønsket hendelse har egenskaper som gjør at den ikke fremstår entydig for andre aktører i nettverket (Law 1992). En hendelse fremstår slik i en kontekst, som i ANT-forstand er et nettverk (eller det hendelsesforløp som foreligger), som involverer ulike aktører.

I meldeskjemaet er det løst definerte kategorier om hva som skal rapporteres. Meldeskjemaet overlater avgjørelsen av hva som skal rapporteres til den enkelte helsearbeider. En uønsket hendelse kan slik sies å gjennomgå en translasjonsprosess der hendelsen blir til en rapport. En aktør oppnår styrke ved å assosiere seg med andre aktører (Jensen 2005). Om translasjonen skjer eller ikke vil avhenge av hvorvidt hendelsen får status i forhandlingene, altså om den blir rapportert eller ikke. En uønsket hendelse som en heterogen aktør inviterer til forskjellige forståelser av hendelsens alvorlighetsgrad som igjen påvirker forhandlingen om hendelsens status. Har hendelsen en lav status blir den ikke rapportert. De neste avsnittene utforsker nå hvilke aktører som påvirker forhandlingen som gir en hendelse status.

## 4.4 Aktører som fremmer rapportering

### 4.4.1 Pasientens sikkerhet – faglig forsvarlighet

Som sykepleier lærer man at pasienten skal få en forsvarlig og omsorgsfull behandling, og at hensynet til pasientens sikkerhet er viktigst (Orvik 2004; Sykepleierforbundet 2013). I intervjuene kommer det frem at denne tanken nettopp ikke er fremmed for sykepleierne, og utgjør et insentiv i seg selv for å rapportere. Christer beskriver hvordan han selv gjorde en feil og rapporterte den:

*Som nyutdannet skrev jeg et avvik fordi legen hadde ordinert en type antibiotika som pasienten var allergisk mot og som jeg administrerte uten å sjekke cave<sup>14</sup> i medisinkurven. Hvis du gjør en feil som kan gå ut over pasienten så må man være voksen nok til å innse det og skrive avviket. Selv om man kanskje føler at man henger ut seg selv eller andre. Feil blir begått og det kommer man ikke utenom uansett.*

Feilen ble rapportert på tross av at Christer visste at han var delaktig eller skyldig i hendelsen. Settes pasientens sikkerhet først skal frykt for eventuelle represalier være et hinder for å rapportere. For eksempel er det funnet at i operasjonsavdelinger kan menneskelige handlinger utløse 75-82 % av de uønskede hendelsene (Chopra m. fl. 1992; Cooper m. fl. 1978). Ut fra en systemtankegang ville det kanskje blitt stilt spørsmål om hvilke arbeidsprosesser som fører til en så høy grad av menneskelige feil. Tanken på pasientens sikkerhet kan resultere i rapportering på tross av at sykepleierne tenker seg mulige represalier grunnet menneskelige feil. Avdelingens pasientsikkerhetskultur kan slik sies å ha en sammenheng med i hvilken grad redsel for å utsette seg for kritikk motvirker systematisk rapportering.

Elisa beskriver at hun rapporterer det hun finner som svært alvorlige hendelser, som skyldes at etablerte systemer svikter, hvilket går ut over forsvarlig pasientbehandling:

*Jeg sitter ikke og skriver avvik fordi at jeg mener at vi bare må produsere avvik. Det jeg skriver avvik på er veldig alvorlig. Når du må kalle på hjertestansteamet fordi pasienten er så dårlig og ingen kommer. Det skrev jeg avvik på sist. Daniel: Ja det skjer veldig ofte.*

---

<sup>14</sup> Cave: hvor det står oppført hva pasienten ikke tåler. Alt fra medisinalallergier til matallergier.

Her må sykepleieren ringe hjertestansteamet for å få tak i personalressurser (hjertestansteamet skal kun brukes i absolutte nødsituasjoner). Uønskede hendelser rapporteres også når etablerte rutiner ikke fungerer og det er ressursmangel. Ressursmangel kan gå ut over forsvarlighet i pasientbehandlingen, som igjen direkte går utover pasientens sikkerhet. Sykepleiere er ansvarlige for å si ifra når ressurser, faglighet eller kompetanse ikke strekker til (Orvik 2004, 74). Georg viser til rapporterte hendelser som også går ut på uforsvarlig praksis i form av ressursmangel:

*Jeg mener jeg melder hvis det kan være en pasientskade eller at driften ikke er forsvarlig. Man gjør en jobb, men det er ikke innenfor faglig forsvarlighet. Man har for mye å gjøre ut i fra ressursene, og man har ikke oversikt over ting man burde ha oversikt over. Du kan ikke være to steder...*

*Ida: eller tre.*

*Georg: Samtidig.*

Eksempelene på hva som rapporteres, er klare pasientskader eller situasjoner hvor arbeidsforholdene oppleves uforsvarlig fordi arbeidspresset og stressnivået blir for høyt. Olsen (2007) finner i en undersøkelse ved Stavanger universitetssykehus at «*Bemanning var den enkeltvariabelen som var høyest korrelert med helsearbeidernes generelle vurdering av pasientsikkerheten*». Av de ansatte var sykepleierne en av de faggruppene som rapporterte mest, og som mente at pasientsikkerheten var dårligst (Olsen 2007, 2660). Det er også vist at helsepersonell som er tett på pasientbehandlingen vurderer pasientsikkerheten som dårligere enn hva ledelsen vurderer den til å være (Deilkås 2010).

Dersom bemanningsressursene ikke samsvarer med arbeidsoppgavene kan pasientbehandlingen bli uforsvarlig. Stress øker en sykepleiers disponering for menneskelige feil. Forskere har undersøkt helsepersonells holdninger til hvordan de selv presterer når de er utsatt for stress. Det er funnet at 70 % av helsepersonellet mente at de var like gode til å gjøre beslutninger i akutte situasjoner som i rutinemessige situasjoner, og troen på at man fortsetter å prestere høyt selv når man er utslitt er markant (Sexton, Thomas, og Helmreich 2000). Georg reflekterer imidlertid over at lav bemanning, få ressurser, høyt arbeidspress og uoversiktlige arbeidsforhold henger sammen med uforsvarlighet. Flere av sykepleierne kommenterte at det skjer mange hendelser når de var få på jobb.

Hvis sykepleierne muntlig påpeker forhold ved arbeidspraksis, får sykepleierne gjerne en beskjed om at siden det ikke er rapportert er det heller ingenting galt. Georg sier at dersom

man ikke rapporterer uønskede hendelser så har det ingen hensikt å klage over systemer og rutiner som ikke fungerer:

*Det er viktig å melde, og de som driver med avvikshåndteringen de sier jo også at dette er viktig. Det går mye på statistikk, selv om ikke ting blir gjort noe med akkurat nå. Hvis vi klager uten å ha skrevet avvik så sier de at det ikke er noe problem. Derfor vil de ikke gjøre noe. Det er i grunn beskjeden vi får ikke sant, dere må melde.*

Det kan være rapporter brukes for å vurdere bemanningssituasjonen eller andre aspekter ved arbeidsplassen. Sykepleiere som ikke rapporterer om en arbeidssituasjon som ikke fungerer vil da få mindre gjennomslag for å utbedre de kritikkverdige forholdene. Slik er både sykepleierens irritasjon, frustrasjon, ønske om forbedring og å bli hørt pådrivere for å rapportere.

Fra sykepleiernes beskrivelser i intervjuene kan det noen ganger virke som det å rapportere er å understreke et problem for ledelsen, altså å dokumentere uforsvarlighet i pasientbehandlingen, eller uforholdsmessig arbeidspress slik sykepleierne ser det. Men følges meldeplikten vil «forhold som medfører fare for pasienten» også være alle nestenfeilene, rutinesviktene eller forglemmelsene som ikke ble oppfattet som «uforsvarlige» for den enkelte sykepleier. I Olsens (2007) undersøkelse kommer det frem at pasientsikkerhetskulturen for det norske sykehuset er dårligere enn amerikanske referansedata. Olsen skriver videre at dette kan skyldes at de amerikanske sykehusene har hatt pasientsikkerhet på agendaen i lengre tid enn oss. Det er også større vektlegging og publisering av måling av kvalitet på helsetjenester og større konkurranse om pasientene i et helsemarked dominert av private aktører. Amerikanske sykehus kan ha investert mer i utstyr, kompetanse og systemer for å ivareta kvalitet i pasientbehandlingen (Olsen 2007). Dette kan føre til at en mer systematisk hendelsesrapportering blir sterkere. Markedsutsatte helsetjenester i USA vil da kunne sies å ha bidratt til å bringe frem systemer for etterrettelighet, der man har tatt i bruk kvalitetsindikatorer for å måle kvaliteten på tjenestene. Kvalitetsindikatorer har blitt en standard som er tilgjengelig for pasientene som dermed kan velge det sykehuset som viser best resultater i kvalitet og pasientsikkerhet. Kvalitetsindikatorer er nevnt i stortingsmelding II 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet 2012-2013).

#### **4.4.2 Uønskede hendelser rapporteres for å følge meldeplikten**

Et interessant poeng er at sykepleierne i intervjuene i liten grad beskriver rapportering av uønskede hendelser som en ren sikring av sykepleierens integritet. Sikring av integritet forstår

jeg som å frasi seg personlig ansvar for en hendelse hvor sykepleieren var involvert, men der sykepleieren ikke var direkte ansvarlig for å utløse den uønskede hendelsen. Sykepleierne reflekterer derimot som oftest over at de har en plikt til å rapportere uønskede hendelser i sin alminnelighet. Det viser seg til at de har et sterkt forhold til helsepersonellets meldeplikt, uten at denne plikten nødvendigvis får dem til alltid å rapportere enkelthendelser. I ytterste konsekvens kan hendelsene medføre personlige følger for sykepleierne, spesielt ved et eventuelt tilsyn, selv om sykepleieren selv ikke var årsak til hendelsen. Daniel påpeker at han oppfordrer andre til å rapportere hendelser for å følge meldeplikten i lovverket:

*Jeg prøver å få motivert flest mulig til å skrive avvik. Når jeg hører at de klager så sier jeg skriv avvik! Så vil de ikke, men da sier jeg at hvis dere ikke melder fra og det skjer noe, så får man spørsmålet om hvorfor dere ikke har meldt fra? Det er lurt å melde fra for å dokumentere at man faktisk har sagt ifra hvis det er et dødsfall eller andre pasientskader eller noe som kommer for retten. Det kan jo skje. Så kan vi da si i retten at jeg har meldt ifra. Men hvis ikke du har gjort det så ligger vi litt tynt an. Du har egentlig en plikt til å melde fra hvis du ser noe som var farlig.*

Sykepleiere kan ved å rapportere hendelsen gi et dokumentasjonsgrunnlag av sin versjon over hendelsesforløpet slik at de selv ikke blir ansett som skyldige ved uforsvarlige rutiner eller praksiser. I Waring og Curries (2011) studie hvor leger ble intervjuet om meldesystemet, ble det funnet at en motivasjon for å rapportere var at de kunne bli utsatt for rettslige etterspill i etterkant av en hendelse. De kunne gjerne rapportere dersom det var vitner til hendelsen eller at de opplevde press fra annet personell (Waring og Currie 2011). Det er vist til at en motivasjon for rapportering blant sykepleiere er å «dekke sin egen rygg» (Kingston m. fl. 2004). Daniel viser til en egeninteresse ut fra sykepleierens faktiske meldeplikt, og muligheten for at hendelsen avdekkes ved en senere anledning.

I mine intervjuer var dette synspunktet unntaket, da sykepleierne stort sett virket lite engstelige for represalier. Men de ville unngå det de refererte til som «angiveri» med hensyn til personlige feil hos kollegaer. Lovverket i form av meldeplikten opptrer slik som en aktør som har innvirkning på sykepleierens rapportering. For sykepleierne virket meldeplikten mest relevant for rapportering dersom hendelsen ikke medførte at de måtte angi andre. Meldesystemet slik det fremstår med meldeskjemaet (figur 3) kommuniserer ikke eksplisitt det juridiske aspektet ved det å rapportere, gitt at meldeplikten i Helsepersonelloven § 17 ikke er referert til. Dette gir heller ikke meldeskjemaet den juridiske statusen det kanskje kunne

hatt. Helsepersonell har jo faktisk en plikt til å rapportere fra om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.

## **4.5 Aktører som svekker rapportering**

### **4.5.1 Mangler omkring opplæring av meldesystemets funksjon**

Hittil har jeg beskrevet hva som bidrar til at sykepleierne rapporterer hendelser. Det knyttes relasjoner til meldeplikt, pasientsikkerhet, og til strukturelle aspekter som arbeidspraksiser og organisering (eller mangel på organisering). En av årsakene til at man sier at sykehusorganisasjoner sjelden lærer av feil, er at måten man organiserer arbeidet og rutiner på er preget av midlertidig utbedring i stedet for systematisk forbedring (Mengis og Nicolini 2011). Det er jo likevel slik at kvalitetsutvalget ved sykehuset ønsket å fremme meldesystemet som ledd i kvalitetsforbedring. Et gjennomgangstema i alle intervjuene var imidlertid hvordan sykepleierne direkte eller indirekte ikke rapporterer uønskede hendelser. Sykepleierne viste til ulike erfaringer med opplæringen omkring meldesystemets funksjon:

*M: Har dere fått noen opplæring i å skrive avvik, eller er det noe dere har lært selv?*

*Berit: Vet ikke? Vi har vel ikke fått noe opplæring?*

*Christer: Lurer på om det var en gjennomgang på en undervisning for mange år siden, men det er som sagt lenge siden.*

*Ane: Finn det på nettet er den beskjeden du får.*

Trolig har sykepleierne hatt opplæring på en felles undervisningsarena en gang for flere år tilbake. Det er verdt å merke seg at det spontane svaret ikke viser til noen systematikk i opplæring i meldesystemets funksjon. De får beskjed om å lete det selv frem på «intranettet». De har altså intet aktivt forhold til gjentakende opplæring eller informasjon om bruk, hvilket kan vise til at det er lite innarbeidede rutiner eller systemer for opplæring. Daniel viser til eksempler på andre sykepleierkollegaer som ikke visste hvordan de tok meldesystemet i bruk:

*Så sa jeg - du må skrive et avvik, så blir dette tatt opp. Hun visste ikke hvordan hun skulle gjøre det, så jeg viste det til henne. Men det er nok mange som ikke vet hvordan de skal gjøre det. Så vi kunne hatt noe mer informasjon og undervisning.*

Blant sykepleierne tas det slik av og til initiativ til å lære opp kollegaer i hvordan man tar i bruk meldesystemet. Daniel etterlyser mer informasjon og opplæring i funksjon og praktisk bruk fra ledelsen ved avdelingen. I begge de ovennevnte avsnittene fra to ulike avdelinger virker det som at det er en stor grad av selvopplæring i hvordan man skal fylle ut en rapport.



Evans m. fl. (2006) viser at selv om størsteparten av personellet var klar over at det eksisterte et meldesystem, kjente kun rundt en fjerdedel av personellet til hvordan de skulle finne frem til meldesystemet, og hvordan de skulle bruke det. Forfatterne viser til at sykepleiere med mer erfaring lettere fant frem til og brukte meldesystemet mer, til sammenligning med mindre erfarne sykepleiere (Evans m. fl. 2006). Pfeiffer, Manser og Wehner (2010) viser i til funn i flere av undersøkelser der helsepersonell simpelthen ikke vet hvor de skal rapportere en hendelse (Pfeiffer, Manser, og Wehner 2010). Tilsynsrapporten Statens helsetilsyn gjennomførte for over ti år siden indikerte også denne kollegiale opplæringen: «*Intervjuene viste at kunnskapen om melderutinene ga preg av å være overlevert muntlig*» (Helsetilsynet 2001). I norske sykehus skal det eksistere fastlagte prosedyrer for hvordan meldepliktige skader, uhell og nestenuhell skal behandles (Molven 2009a). Sykehus innfører meldesystemer men det kan se ut som det ikke legges opp til rutinemessige aktiviteter blant de ansatte for å sikre bruken av meldesystemene. Ved dette sykehuset foreligger informasjon på sykehusets intranett som internopplæringsdokumenter, men det er ikke opplagt at sykepleierne søker eller har tid å nyttiggjøre seg av denne informasjonen. Det virker mer nærliggende om man spør sidemannen om hvordan meldesystemet brukes.

En undersøkelse blant leger, farmasøyter og sykepleiere har avdekket at profesjonsidentitet, mangelfull informasjon om hendelsen, organisatoriske faktorer, redsel og byrde ved rapportering skaper mindre rapportering, mens å redusere rapporteringsbyrden, gi opplæring i bruk av meldesystemer og øke forståelse av hva som er uforsvarlig og tilfredsstillende tilbakemelding så ut til å skape mer rapportering (Hartnell m. fl. 2012).

#### **4.5.2 Tilgjengelighet, brukervennlighet og tidsbruk**

I intervjuene beskriver sykepleierne hvordan de opplever meldesystemets tilgjengelighet, tidsbruk for å skrive en rapport, og meldesystemets brukervennlighet som arbeidsverktøy. Tilgjengelighet blir både forstått som tilgang på datamaskiner, og hvor lett det er å finne meldesystemet når man først er logget inn på datamaskinen:

*Ida: Hvis det hadde vært enklere å dokumentere og sende avvik så hadde det kanskje vært noe man gjør oftere.*

*Hedda: Det tar jo fort en halvtime å skrive et avvik.*

*Georg: Det gjør det ikke.*

*Hedda: Jo, jeg mener det tar lenger tid.*

*Ida: Men du må jo faktisk logge inn mange steder.*

*Georg: Det må du.*

*Hedda: Det er lite tilgjengelig.*

*Ida: Det er det.*

*M: Det er lite tilgjengelig fordi?*

*Hedda: Du går ikke inn på hovedbildet og får opp en rullegardin der du kan skrive det. Nei, du må lete det frem.*

*Ida: Logge inn en to eller tre steder. Så er det noe med at på de PC'ene vi har tilgjengelig så skal det jo foregå ganske mye. Leger og sykepleiere bruker dem veldig mye til alt mulig annet.*

Sykepleierne beskriver at det kreves mange operasjoner som «klikk» og innlogginger med passord for å finne frem til meldesystemet på selve datamaskinen. I tillegg er tilgjengeligheten på selve datamaskinene liten da de må dele datamaskin med flere andre brukere. Datamaskinene er stort sett i bruk hele dagen da de også brukes til dokumentasjon i elektronisk pasientjournal, eller andre støtteprogrammer.

Noen av sykepleierne oppfattet selve rapporteringen i meldesystemet som utfordrende. Det å lokalisere og logge seg inn på meldesystemet var unødig tidkrevende. Som tidligere beskrevet fra figur 3 består selve meldeskjemaet av flere «bokser» for utfylling av fri tekst, og flere svaralternativer med mulighet for økonomiske og administrative konsekvenser. Frida beskriver deler av prosessen ved selve utfyllingen av et meldeskjema:

*Men det er veldig vanskelig, som dette med å «score».*

*Daniel: Hva det koster og slike ting?*

*Frida: Jeg diskuterte dette med noen andre. Hva hadde det for konsekvens for pasienten og er det lett å beskrive ut av disse scoringsalternativene?*

Frida opplever det uklart hvordan hun i meldeskjemaet kan presentere den uønskede hendelsen i form av hvor stor konsekvens hendelsen hadde for pasienten. Meldeskjemaet i Figur 3 fanger ikke nødvendigvis automatisk inn konteksten rundt en hendelse, siden feltene for beskrivelse av den uønskede hendelsen eksisterer kun som fritekst. For sykepleierne var konteksten viktig, men den var utfordrende å beskrive tekstlig. Skjemaet i seg selv bidrar slik lite til å kategorisere hva det er sykepleieren egentlig ønsker å formidle.

Å kunne komplettere meldeskjemaet slik vi ser det i figur 3, vil kreve at sykepleieren har en ide om hendelsens økonomiske ressursbruk, risikovurdering med gradering av faktiske og potensielle konsekvenser, hyppighet av hendelsen, oppfølging av pasienten etter hendelsen og

så videre. Dette kan oppleves som et for stort arbeide i forhold til det sykepleieren ønsker å rapportere. Igjen viser dette at konteksten rundt den uønskede hendelsen ikke er opplagt å fange i meldeskjemaet. Flere undersøkelser viser til at helsepersonell finner selve rapporteringsskjemaet i meldesystemet tungvint og krevende å ta i bruk (Pfeiffer, Manser, og Wehner 2010), men dette gjaldt ikke alle mine deltagere. Frida velger å diskutere hvordan hun egentlig skal fylle ut skjemaet med andre kollegaer, da det ikke er klart for henne. Men kan utfyllingen av tekstboksene være en kode som simpelthen trenger å knekkes? Christer sier at utfyllingen kan gjøres veldig enkelt:

*Nei, det er bare å klikke på avvikslinken og så kan du skrive årsak til avvik. Du kan for eksempel skrive manglende legevisitt. Du trenger ikke skrive så mye mer enn det og sende den, så det er ikke veldig vrient.*

*Berit: Nei, men hva med det spørsmålet om hva som kunne gått galt?*

*Christer: Det kunne kanskje vært færre felt å fylle ut i selve systemet.*

Ingen av tekstboksene er påkrevet for å fylle ut for å levere en rapport. Det virker som om muligheten til å levere en rapport uten å måtte fylle inn absolutt all informasjon ikke er helt åpenbar for sykepleierne. Dette har trolig Christer funnet ut av seg selv.

For sykepleierne vil det å ta i bruk et meldeskjema innebære at de er villige til å finne en datamaskin, lokalisere programvaren for meldesystemet, for så å logge seg inn og fylle ut et skjema som *kan* kreve mye tekst og flere avgjørelser om mer uklare parametere som konsekvens eller økonomisk kostnad for hendelsen. Felles for alle disse operasjonene er at de tar tid. Sykepleierne reflekterte en del over det å sette av tid til å rapportere hendelser gjennom meldesystemet. Georg hevder at sin egen arbeidsplass ikke har innarbeidet gode rutiner for rapporter om hendelser:

*Men på en annen side så blir det ikke tilrettelagt for å skrive avvik. De som kjører trikk får automatisk overtid for å sette seg ned å skrive avvik, mens vi ikke har tid til det. Men når vi utsetter det til vakta er ferdig fordi andre ting haster mer, så ønsker du å komme deg hjem fordi du er sliten, også faller det kanskje bort.*

Andre arbeidsoppgaver virker viktigere å gjennomføre og rapporteringen utsettes eller glemmes. Prosessen med å skrive rapporter er heller ikke innarbeidet i normal arbeidsflyt, noe Frida også poengterer:

*Som regel så må man sitte etter arbeidstid, eller huske på avviket til en annen gang. Når det er rolig kan man sende avviket. For som regel når det skjer avvik er det også*

*masse å gjøre, da har man ikke tid eller mulighet til å gjøre det. De gangene jeg har sendt avvik, så har jeg husket det og skrevet det dagen etterpå eller når det er rolig. Jeg synes for det første å sitte overtid for å skrive avvik - det har jeg ikke lyst til. For det andre at det å ta betalt for å skrive avvik er kanskje litt unødvendig. Det kommer kanskje litt an på avviket?*

*Elisa: Ja for det er en utfordring som du sier at det ofte når det skjer avvik så er det veldig, veldig travelt.*

Det er funnet at 48 % av sykepleierne glemmer å rapportere hendelser når det er travelt og mye å gjøre (Evans m. fl. 2006). Andre hendelser blir prioritert foran rapportering i sykepleiernes arbeidshverdag. Rapporteringen utsettes til arbeidsløstidens slutt, og da vil sykepleieren ikke nødvendigvis arbeide overtid for å rapportere. Rapportering har ikke en høy status der tid og oppgaver forbundet med pasientbehandling veier tyngst.

#### **4.5.3 Sanksjoner og kollegialitet**

Siden en rapport knyttes direkte til den som rapporterer kan også *hendelsen* lett knyttes til den personen som gjorde en feil som ledet til den uønskede hendelsen. Meldesystemet er ikke anonymisert. Jeg har tidligere beskrevet at sykepleierne i intervjuene i liten grad ser på meldesystemet som en måte å fraskrive seg ansvar for en hendelse ved å «*rapportere andre*». Det er viktig å presisere at i intervjuene var bekymring over mulige represalier ikke den første assosiasjonen sykepleierne gjorde seg angående meldesystemet. Represalier forstås som uformelle eller formelle påpakninger eller korrekser både fra nærmeste ledelse og særlig fra nærmeste arbeidskollegaer. I sin ytterste konsekvens vil represalier representere en korreks relatert til ens autorisasjon som helsearbeider. Ane sier følgende:

*Så er man litt redd for represalier. Hvis det går på person.*

*Christer: Ja du kan være redd for å henge ut deg selv, eller eventuelt en kollega. Det er det jo ingen som vil.*

Unngår sykepleierne å rapportere hvis de må utsette seg selv eller kollegaer for mulige tilbakemeldinger i form av represalier? Christer sa ved et tidligere utsagn at han synes man bør rapportere hendelser for å beskytte pasienten på tross av at man har begått en feil. Det skjer en forhandling der sykepleieren veier det å beskytte seg selv eller en kollega mot det å rapportere en hendelse. Pfeiffer, Manser og Wehner (2010) beskriver at i flere undersøkelser nevnes kollegialitet og frykt for represalier som en hindring mot rapportering. Frykt for rettslige konsekvenser gikk igjen i flere undersøkelser (Pfeiffer, Manser, og Wehner 2010).

Represalier kan omhandle rapportering av kollegaers feil, det å sette sin kompetanse på spill, og det å stå i fare for å få en advarsel eller miste autorisasjon som nevnt over.

Kingston m. fl. (2004) rapporterer at sykepleiere fokuserer på beskyttelse av kolleger og mulige kollegiale og formelle sanksjoner, mens leger er opptatt av kollegialitet og uetisk og «uproduktiv» varsling («whistle blowing»). Leger var opptatt av aktører utenfor organisasjonen som myndigheter og tilsyn, mens sykepleierne var mer opptatt av internkontrollsystemer og hvordan organisasjonen reagerer på rapportering av uønskede hendelser. I tillegg var sykepleiere mer disponert til å konferere med hverandre enn leger, som i større grad var mer autonome i sin vurdering (Kingston m. fl. 2004). I Waring og Curries (2011) studie av leger ble det funnet en helt klar motstand mot å rapportere grunnet frykt for sanksjoner. Rapporterte man så var ens navn knyttet til hendelsen, og kollegaer og ledelse ville sette spørsmålstegn ved ens kliniske kompetanse. En lege beskrev blant annet at de kunne bli holdt tilbake karrieremessig (Waring og Currie 2011). Sykepleierne nevnte ikke slike karrierestiger, som ikke finnes i samme grad for deres yrkesgruppe. I sykepleie finnes ingen klar karrierestige som leder til økende organisatorisk og faglig makt.

Ens faglige integritet vil si noe om ens faglige stilling eller rykte blant kollegaer, samt stillingssopprykk og videre karrieremuligheter. I slike profesjonssterke organisasjoner vil rykte, anerkjennelse og integritet vektes i forhandlinger om rapportering skal skje eller ikke. I intervjuene var også kollegialitet og lojalitet et tema som ble diskutert blant sykepleierne:

*Christer: Det skal godt gjøres å skrive et avvik hvis du ser at det blir begått en feil av noen andre.*

*Ane: Skrive at (navn på kollega) i dag gav en overdose? Da snakker vi heller om det.*

*Christer: Da får man heller oppfordre den som gjør feil til å skrive avvik.*

*Berit: Ja.*

Sykepleierne ville heller oppfordre andre til å rapportere sine egne hendelser. Det å ha eierskap til en hendelse kan sies å ha betydning. Man skal av hensyn til kollegaer kun rapportere egne hendelser og ikke «sladre» på andre kollegaer ved å rapportere «deres» uønskede hendelse. Kollegialitet har slik noe å si om uønskede hendelser blir rapportert. I tillegg belyser utsagnet også problematikken om hvem som står ansvarlig for å rapportere en observert hendelse. I henhold til meldeplikten er det enkelte helsepersonellet ansvarlig for å rapportere fra om alle observerbare situasjoner som utgjør en fare for pasientsikkerheten

(Molven 2009a). Daniel belyser sin forståelse omkring hvem som står ansvarlige for hendelsene som rapporteres:

*Daniel: Avvikssystemet er jo ikke ment til personlige feil, det er mer systemfeil. Så klart hvis det skjer personlige feil fordi det er for mye å gjøre, da skal det vel leveres avviksmelding. Men da skal det vel være fokus på at vi hadde for liten bemanning?*

Med systemfeil mener sykepleierne gjerne lav bemanning og samtidig arbeidspress som fører til at sykepleiere gjør feil, og at uønskede hendelser derfor forekommer hyppigere. Dette er en beskrivelse på hvordan latente feil blir til aktive feil (Rowley og Waring 2011). Sykepleierne «arver» de latente feilene som er skapt av alle andre som har hatt en rolle i utformingen av organisasjonens rutiner og prosedyrer (Schuster og Nykolyn 2010; Aase og Wiig 2010). Rapporten må inneholde en beskrivelse på at den uønskede hendelsen ikke kun skyldtes en aktiv feil eller vurdering hos sykepleieren, men at dypereliggende årsaker ledet til den aktive feilen. Det å kunne gjøre denne vurderingen på andres vegne kan være lite opplagt. Den aktive feilen hos en kollega kan skygge for bakgrunnen for den uønskede hendelsen, og kollegialitet kan lede til at hendelsen ikke rapporteres.

Sykepleierne gikk enda dypere inn i diskusjonen omkring aktive feil utløst av en kollega og rapportering av uønskede hendelser:

*Frida: Hvis en person gjør en såpass alvorlig feil at den går utover pasientsikkerheten, skal man da sende avvik og navngi denne personen? Jeg kan jo ta det eksempelet med denne vikaren som ikke får jobb hos oss mer. Men hadde det vært en ut av oss, skulle man da ha sendt avvik på den personen?*

*Elisa: Man kan ta seg en prat med (avdelingsleder) først. Det er kanskje den mest ryddige veien å gå. Så blir man sammen enige om hvordan man løser det videre.*

Dersom det er faste ansatte involvert i hendelser oppfordrer Elisa heller til å snakke direkte med avdelingslederen for så å se om man skal rapportere hendelsen. I en organisasjon som konsentrerer seg om sikkerhet og forsvarlighet skal alle ansatte bli oppmuntret til å rapportere hendelser, som skal kunne diskuteres i en atmosfære som innbyder til tillit og gjensidig respekt uten frykt for represalier (Hjort 2007). En slik organisasjon analyserer hvorfor og hvordan feil forekommer istedenfor kun å lete etter individer som skal bli ansvarliggjort. Tankegangen går ut på at selv den meste kompetente personen kan gjøre feil.

Sykepleierne beskriver en slags mekanisme der man heller diskuterer hendelser som åpenbart skyldes en kollega lokalt. En oppfatning var at slike hendelser bedre håndteres med direkte diskusjon med den nære avdelingsledelsen:

*Elisa: Det er ikke sikkert at avvikssystemet vil være den beste løsningen i forhold til den som har gjort dette, eller til å forhindre at det skjer igjen. Man må på en måte diskutere hva man vil oppnå med avviket eller om man kan oppnå dette på en bedre måte enn å gå via avvikssystemet.*

Ved å gå utenom meldesystemet unngår man å trekke inn aktører utenfor avdelingen i prosessen som kan følge av en rapport. Stoler sykepleierne mer på sin nærmeste leder enn de strukturene som ligger i meldesystemet? Å diskutere og forklare en situasjon med nærmeste leder er mer nærliggende fordi de finner mindre alvorlig enn å rapportere hendelsen skriftlig. Denne holdningen er imidlertid kontekstavhengig, da hendelser som oppstår i stressede og uoversiktlige situasjoner oppfattes mer som forårsaket av bestemmelser om bemanning og pasientbelegg:

*Frida: For du husker jo den der da noen hadde stengt sondematen mens insulinen gikk.<sup>15</sup>*

*Elisa: Det var en kjempekaotisk søndag. Jeg var ute og spiste også stod min pumpe og pep. (navn på kollega) hadde bare skrudd den av og glemt den. Jeg synes det oppstår feil fordi at man ikke har tid til å sjekke hva som egentlig er i veien eller gi beskjed.*

*Frida: Det var jo samme dagen som settet ikke var blitt fylt<sup>16</sup>.*

*Elisa: For jeg hadde jo tenkt å vinkle det som et ressursproblem, for det hadde jo ikke noe med henne å gjøre. For det er klart at det kunne ha skjedd med hvem som helst av oss i en gitt situasjon.*

Igjen belyses en arbeidshverdag med høyt arbeidspress og eksempelvis to klare uønskede hendelser som kunne fått store konsekvenser for pasientene dersom ikke sykepleierne hadde fanget hendelsene opp i tide. Kollegaer er åpne om at feil foregår seg imellom, men åpenheten kan stoppe ved meldesystemet. Ved å rapportere hendelsen vil automatisk ledelsen involveres. I denne situasjonen var det mer nærliggende å formulere en rapport slik at ikke sykepleieren fremstod som slurvete eller uoppmerksom. Hendelsen over ble ikke rapportert.

---

<sup>15</sup> Pasienten kan da få lavt blodsukker.

<sup>16</sup> Det var luft i det intravenøse settet.

#### **4.6 Forhandlinger om rapportering**

Selv om sykepleierne sier de kjenner til formålet med meldesystemet, så rapporterer de mindre enn de egentlig ønsker. Det er nå mulig å få en oversikt over hvorfor en uønsket hendelse blir rapportert, og hvorfor den ikke blir det.

Jeg forstår det slik at den uønskede hendelsen kommer til som en aktør i avdelingens arbeidshverdag. Denne arbeidshverdagen forstås i ANT-sammenheng som et nettverk av aktører som innvirker på den sosiale praksisen, det vil si pasientbehandlingen. I dette nettverket er meldesystemet med som en aktør, men det er ikke i bruk før det skjer en uønsket hendelse slik den er beskrevet tidligere. Hendelsen kan dukke opp flere ganger i ulike behandlingssituasjoner.

Den uønskede hendelsen blir først en rapport når sykepleieren nedtegner den i meldesystemet. For sykepleierne vil den uønskede hendelsen enten bli til en rapport i meldesystemet eller *ikke*. Som vist er det flere forhold som påvirker hvorvidt den uønskede hendelsen blir rapportert. I ANT-sammenheng er prosessen som leder til at meldesystemet tas i bruk å forstå som en forhandling. Elementene som påvirker rapportering opptrer som aktører med en agenda som vil påvirke forhandlingen om meldesystemets bruk, det vil si dets status. Alle aktørene må enes om at i den konkrete situasjonen har meldesystemet status nok til at det tas i bruk.

Når en ny aktør legges til et nettverk, kan det som sagt oppstå en translasjon, der nettverket endres, og aktører får status (Law 1992). Når en uønsket hendelse blir til en skriftlig rapport har vi altså vært vitne til en translasjon. For å følge Jensen (2005), vil rapporten tale på vegne av den uønskede hendelsen og sykepleieren som rapporterte. Meldesystemet som aktør oppnår styrke i assosiasjonen til andre aktører (Jensen 2005). Oppstår en uønsket hendelse har den en kontekst som i ANT beskrives som et nettverk. Nettverket har vi nå sett består av flere aktører. Sykepleieren som enten var direkte involvert i den uønskede hendelsen, eller var vitne til den, er en sentral aktør og vil være den som rapporterer. I nettverket er også aktørene som styrker meldesystemets status. Sykepleierne forholder seg til sin faglighet og pasientsikkerhet som aktører som spiller inn i det å oppfatte en hendelse som en uønsket hendelse. Pasienten som ble utsatt for den uønskede hendelsen er en aktør som for sykepleierne inngår i tett relasjon til faglighet og pasientsikkerhet, der sykepleierne vektlegger fare for pasienten (hendelsens alvorlighetsgrad), kritikkverdige rutiner og bemanningsproblemer. Helsepersonells meldeplikt inngår som en juridisk aktør i



forhandlingen og påvirker sykepleieren til å tenke igjennom konsekvensene for seg selv rundt den uønskede hendelsen.

I forhandlingene inngår også aktørene som svekker meldesystemets status. Sykepleierne relaterer til organisasjonenes mer eller mindre formelle kunnskapsbase og lokale kollegiale forbindelser (intranettet, muntlige diskusjoner), der det inngår varierende grad av kunnskap om praktisk rapportering (lokalisering, tilgang og innlogging), og hvilke hendelser som er ment å rapporteres (hvilke hendelser som er rapporteringsverdige). Inntrykket fra sykepleierne er at denne informasjonen preges av muntlige overføringer og tilfeldigheter. Av sykepleiernes beskrivelser fremgår det at de ikke har en klar forestilling om rapporteringsverdigheten av en uønsket hendelse.

Teknologien i seg selv opptrer som en aktør der meldeskjemaet kan gjøre en uønsket hendelse mer uklar fordi ledsagende informasjon som skal fylles ut innbyr til tolkning. En interessant observasjon kan gjøres om meldeskjemaet i seg selv. Den forklarende teksten for feltene som skal fylles ut, gir skjemaet karakter av å være en skademelding for en hendelse som har en klar konsekvens for pasienten der og da. Det kan sies at meldeskjemaet slik har en inskripsjon som henleder den som fyller ut skjemaet til å tenke at her er det snakk om rapportering av kun alvorlige hendelser, ikke uønskede hendelser tolket i videre forstand (nesten-hendelser, mindre alvorlige feil). Inskripsjonen kan påvirke bruksmønsteret til en gjenstand (Law 1992; Monteiro 2000). I dette tilfellet kan teksten i skjemaet sies i mindre grad å fremme rapportering om hendelser som ikke hadde noen direkte konsekvens for pasienten. Meldeskjemaet vil slik være en aktør som i forhandlingene promoterer alvorlige uønskede hendelser (og slik styrker rapporteringen av disse), men degraderer mindre alvorlige hendelser som mindre rapporteringsverdige. Pasientskader er klare uønskede hendelser, som passer godt til meldeskjemaet slik vi ser det i figur 3.

Videre opplever sykepleierne flere problemer med å fange en mer kompleks kontekst i meldeskjemaet. Dette har direkte sammenheng med aktørene sanksjoner og kollegialitet. Sanksjoner innebærer faren for «å bli tatt» og involvere aktører sykepleieren ikke kjenner. Er hendelsesforløpet komplekst, det vil si at det ikke åpenbart hvem som var skyld i hendelsen, er det tryggere å forholde seg til nære strukturer som avdelingslederen (dette gjelder også dersom hendelsesforløpet er klart). Kollegialitet er en aktør som er en sterk forhandlingspart. Kollegialitet forstås for sykepleierne som å ta vare på hverandre, snakke sammen, diskutere, og ikke utlevere kollegaer ved å rapportere dem i meldesystemet. Det skal mye til før en

sykepleier rapporterer en annen. De vil snarere diskutere en uønsket hendelse med avdelingsleder enn å rapportere den på vegne av en annen. Slik jeg forstår det av intervjuene kan kollegialitet være en sterkere forhandlingspart enn pasientens sikkerhet. I tilfellene som ikke involverer kollegialitet, er sykepleierne mer tilbøyelige til å rapportere.

I forhandlingen om hvorvidt sykepleieren rapporterer eller ikke er det også en påvirkning fra nettverkets alle mulige andre aktører – kolleger, andre profesjoner, medisinsk utstyr som står og piper, pasienter som trenger umiddelbart tilsyn, dokumentering i elektronisk pasientjournal – det vil si aktører som forhandler om sykepleierens tid. Den prioriteringen sykepleieren gjør om hvordan tiden skal disponeres vil være avhengig av hvordan nettverket ser ut der og da. Organisasjonen inntreffer slik som en aktør. Organisasjonen er organisert ut fra planlagt behandling så langt det lar seg gjøre. Planlagt behandling slik den beskrives av sykepleierne, består imidlertid av flere uforutsette hendelser av ulik karakter, som leder til ad hoc løsninger som krever mer eller mindre akutte behov for oppmerksomhet hos sykepleieren. I denne hverdagen er det lite tid til rapportering. Organisasjonen som aktør forhandler om sykepleierens tid, og slik om meldesystemets status – fordi meldesystemet ikke er *påkrevet* fra organisasjonens side som et ledd i pasientbehandlingen.

Vi kan nå forklare hvorfor en uønsket hendelse blir rapportert. En uønsket hendelse blir gjerne rapportert dersom den fremstår som alvorlig i henhold til sykepleierens faglighet, dersom hendelsen har kjennetegn som gjør meldeskjemaet enkelt å fylle ut (en klar konsekvens for pasienten), dersom hendelsen ikke inviterer til å navngi kollegaer, at hendelsen ikke tar for lang tid å oversette til tekst og at organisasjonen ikke krever oppmerksomhet et helt annet sted. Translasjonen der meldesystemet får status er komplett, og nettverket er endret (Law 1992). Men er nettverket stabilt? Skal meldesystemet oppnå en varig status, må nettverket være i balanse (Callon 1991). Er det mulig å finne en redistribusjon av praksis som følge av at meldesystemet har eller har hatt status (Vikkelsø 2005)?

Denne forhandlingen om meldesystemets status kan forklare noe av grunnen til at uønskede hendelser er underrapportert. I kapittel fem skal jeg nå prøve å forklare hvorfor uønskede hendelser også blir underrapportert fordi nettverket der meldesystemet har status, ikke nødvendigvis er stabilt.

## **5 Tematisk analyse og diskusjon del 2 - Sykepleiere, forventninger og meldesystem**

I forrige kapittel har vi sett hvordan man kan beskrive nettverkene der det forhandles om meldesystemets status, og slik rapportering av uønskede hendelser. I dette kapittelet vil jeg begynne med å beskrive aspekter ved mangelfull tilbakemelding etter at sykepleierne har rapportert en hendelse. Det ble også klart at sykepleierne snakket om «rapportering» av hendelser på andre måter enn i rapporter.

### **5.1 Saksgang og forventning om tiltak**

#### **5.1.1 Saksgangen tar tid**

Hvilken konsekvens og effekt oppnås ved å rapportere den uønskede hendelsen? Beskrivelser av hva en tilbakemelding var varierte mye fra intervju til intervju. Selv deltagerne i samme intervju (fra samme avdeling) hadde opplevd svært ulike tilbakemeldinger fra meldesystemet. En tilbakemelding kunne være en standardtekst: «rapport mottatt», eller «rapporten er til behandling og blir sendt videre til rette avdeling eller instans». En avsluttende tilbakemelding er skriftlig og består av den tidligere dokumentasjonen fra den leverte rapporten og et tekstsammendrag om hvordan hendelsen har blitt behandlet. Tilbakemeldingen kunne også inneholde informasjon om av hva rapporten fikk for konsekvens eller ledet til av tiltak. Tilbakemeldingen ligger i den enkelte sykepleiers innboks i sykehusets e-postsystem.

Sykepleierne beskrev tilbakemeldingsprosessen noe ulikt, men det som gjentok seg var at de opplevde at det tok lang tid å få svar på en rapportert hendelse. Frida beskriver det slik:

*Jeg har også sendt et annet avvik, men det har jeg enda ikke fått svar tilbake på, og det er kanskje over en måned siden nå.*

Den som behandler rapporten først er avdelingsleder for sykepleierne. Rapporten er enten sendt fra avdelingsleder til den Frida antar har ansvaret for hendelsen (avdelingsleder venter nå på svar fra den som behandler rapporten), eller så har avdelingslederen ikke behandlet rapporten. Tematikken i rapporten avgjør hvor den skal sendes videre, og hvilke aktører som involveres. Behandlingen av rapporten kan gå gjennom flere ledd i en saksbehandlingsprosess. Ane viser til et enda lengre tidsintervall mellom rapport og tilbakemelding:

*Jeg leverte et avvik for et halvt år siden. Og for fjorten dager siden så lå det plutselig en kommentar på det avviket. Jeg hadde nesten glemt at jeg hadde skrevet det. Det kom svar fra en lege.*

Sykepleierens forventning om respons etter å ha fremhevet en uønsket hendelse som en rapport gjennom meldesystemet, det vil si å ha gitt hendelsen en aktualitet, samsvarer ikke meldesystemets saksbehandlingstid. I meldesystemet er sykepleierens rapport kun en av mange. Forventningen til respons i form av «tidsriktig» tilbakemelding virker høyere enn det apparatet bak meldesystemet klarer å få til. Dette medfører at når sykepleieren opptil seks måneder senere mottar en tilbakemelding, så har allerede den uønskede hendelsen som ble rapportert for lengst mistet sin umiddelbare aktualitet, og opplevelsen av hendelsen er fjern. For sykepleieren har mangelen av tidsriktig tilbakemelding endret betydningen av den uønskede hendelsen. Daniel reflekterer over hvorfor tilbakemeldinger kan ta lang tid:

*Ja, i hvert fall å bli lyttet til og bli tatt alvorlig er veldig viktig, og det synes jeg mangler i det systemet. Men avdelingsleder hun gjør det hun kan og sender ting videre, men ofte så kan det ta veldig lang tid.*

Årsaker til den lange saksbehandlingstiden vil ikke nødvendigvis bero på den nærmeste saksbehandleren (avdelingslederen). Dersom en rapport skal sendes videre og behandles av andre instanser, som en annen avdeling eller klinikkens kvalitetsutvalg, øker naturlig nok saksbehandlingstiden. Studier har vist at tilbakemelding innen rimelig tid ville øke rapporteringsfrekvensen (Hartnell m. fl. 2012). Går det for lang tid kan en sykepleier få en følelse av ikke å bli tatt alvorlig når uønskede hendelser rapporteres.

### **5.1.2 Avdelingsleder som eneste lokale aktør i tilbakemeldingsarbeidet**

Hedda beskriver sin opplevelse med å rapportere, og nærmeste saksbehandlers ansvar og status:

*Min erfaring er at avvik fører til ekstraarbeid – det går jo ikke videre i systemet, for det kan jo stoppe hos ansvarlig leder.*

Dersom nærmeste leder ikke mener rapportene er viktige, opplever Hedda rapporteringen som et slags meningsløst ekstraarbeid. Dette er ingen ukjent opplevelse, da flere undersøkelser påpeker at rapportering oppleves som ekstraarbeid uten noen form for relevans for pasientbehandlingen (Pfeiffer, Manser, og Wehner 2010). Ane beskriver hvordan hun oppfatter nærmeste leder:

*Det burde være veldig fokus hos ledelsen at vi faktisk skriver avvik. Men det virker som de ikke er interessert. Det er negativt på en måte. Avvik vil de helst ikke ha. Her drifter vi med høy kompetanse og alt går helt fint.*

Det oppfattes som om ledelsen ved denne avdelingen ikke interesserer seg for å motta rapporter. Rapporter kan synliggjøre mulige uforsvarlige forhold ved avdelingen, som vil fordre en vurdering og analyse som krever tid og innsats av ledelsen. Videre etterlyser Ane tilbakemeldinger på hendelser på avdelingsmøter, men opplever ingen respons fra avdelingsleder:

*Men det er jo slik det foregår, det blir jo ikke tatt opp. Man gjør ikke noe med det konkrete eksempelet for å gjøre det bedre. Det er jo det vi har etterlyst på mange personalmøter. Det hjelper jo ikke at vi skriver avvik og så får vi ingen kommentarer. Det skal jo være fokus på forbedringspotensialet. Men vi får ikke brukt det på den måten, derfor er det mange som ikke vil skrive avvik, for det er ingen vits i og det er jeg helt enig i.*

Responsen i avdelingsmøter vil i stor grad avhenge av den enkelte leder lokalt på avdelingene og hvilken betydning de tillegger meldesystemet. Elisa viser til en nærmeste leder som er tydeligere i tilbakemeldingsarbeidet:

*M: På hvilken måte får du tilbakemelding på avvik?*

*Elisa: Jeg har fått tilbakemelding sendt fra min leder der det stod at nå er det sendt videre, og nå er det kommentert av andre. Vi har også gått igjennom avvik på personalmøter. Ikke nødvendigvis hvem som har sendt det, men hva saken gjelder og hvordan det blir fulgt opp.*

Avdelingsmøter blir en viktig arena for å diskutere rapporter. Frida reflekterer videre over Elis kommentar (samme intervju):

*Jeg synes det er bra at vi fra tid til annen får høre at vi må bli flinkere med rutinene, ja registrere dren, når skal det være aktivt og passivt. Fordi sengepostene har sendt avvik til oss på det. Og det synes jeg er bra. Ikke bare at avdelingsleder mottar disse avvikene og noterer seg dem, men at hun gjør oss oppmerksomme og minner oss på at vi må bli flinkere med dette og informere at dette har vi fått avvik på.*

*Elisa: Det er jo det som er hele poenget med systemet, så det er superbra.*

*Frida: Så da får man jo inntrykk av at dette fungerer, og det er jo ikke for å ta oss på*

*noen slags måte eller for å påpeke at dere er så dårlige. Det er for å bedre rutinene, og man kan alltid bli bedre på rutiner.*

*Elisa: Det er jo kvalitetssikring.*

Intervjuene viser slik en variert grad av tilbakemelding fra avdelingsleder dersom rapporten blir vurdert som relevant for avdelingens kvalitetsarbeid. Avdelingslederne kan velge kun å gi tilbakemelding som en e-post til sykepleierne, eller å ta opp rapporten om den uønskede hendelsen på avdelingsmøter der informasjonen i rapporten blir delt med hele avdelingen. I Elisas eksempel har avdelingsleder tatt opp rapporter på personalmøte på et generelt plan hvor man ikke nevner hvem som var involvert. Informasjonen blir da spredt til flere på avdelingen og kan slik føre til at informasjonen deles, og at dette åpner for å lære av hendelsen. En vanlig betraktning at hele poenget med rapportering er å avdekke, diskutere og lære av hendelser (Hjort 2007), og avdelingsmøtene, som de beskrives av Elisa, kan slik være en lokal læringsarena for kvalitetsforbedring. Slike avdelingsmøter vil trolig ha stor betydning for samlet fokus på kvalitetsforbedring over hele sykehuset. Dette betyr at meldesystemer kan brukes både for lokalt kvalitetsarbeid og sentralt kvalitetsarbeid.

Analysearbeidet av den rapporterte hendelsen kan foregå ved flere steder ved sykehuset. Rapporten kan enten besvares av en avdelingsleder avhengig av rapportens tematikk. De som arbeider i klinikkvisse kvalitetsutvalg, fagkomiteer eller sykehusets kvalitetsutvalg er trolig lite synlige aktører for den som rapporterer. Avdelingslederen som mottar rapporten er ansvarlig for den første delen av det analysearbeidet som ligger bak vurderingen av rapporten. Dette vil også inkludere en vurdering om rapporten skal videresendes til en annen instans. Avdelingslederen som nærmeste saksbehandler har således mye ansvar for førstehåndsanalyse av rapporten. Rapporten kan behandles kun lokalt hos avdelingsleder, eller den kan involveres i et bredere kvalitetsforbedringsarbeid som involverer for eksempel andre avdelinger eller personell eller utstyr som muligens påvirket hendelsesforløpet i den uønskede hendelsen. En hendelse i en spesialavdeling eller sengeavdeling kan som vi har sett i kapittel 4 involvere eksempelvis andre avdelinger som operasjonsavdeling, kirurger, anestesisykepleiere, anestesileger, elektronisk kurve, eller skriftlig dokumentasjon i form av forordninger. Når en rapport omhandler hendelsesforløp som angår aktører i en videre kontekst, kan det bli vanskeligere for sykepleierne å se det bakenforliggende kvalitetsarbeidet, siden dette ikke nødvendigvis foregår lokalt. Fra mine intervjuer virker det ikke som dette arbeidet vanligvis kommer frem i tilbakemeldingen til den enkelte sykepleieren. I sykepleierens hverdag virker derfor avdelingslederen å være den eneste handlende aktør som er synlig i kvalitetsarbeidet.

### 5.1.3 Forventning til kvalitetsforbedring

Sykepleierne beskrev at de hadde lite kjennskap til hvem som var delaktig i meldesystemets tilbakemeldingsarbeid utover nærmeste avdelingsleder. Hedda beskriver at hver enkelt arbeidsinnsats forsvinner i organisasjonens kompleksitet:

*Men jeg klarer ikke helt å se nytten av å skrive avvik, for det når ikke frem. Man jobber i et sykehus som har blitt en enorm byråkratisk maskin. Vi sitter nå på hver vår avdeling, og det eneste du føler litt lojalitet til er din egen avdeling. Og det blir slik at du ser administrasjonen vokse og vokse. Man har omtrent ingen innflytelse over egen arbeidsdag, og noen innflytelse over hvordan man kan prøve å gjøre ting annerledes.*

Sykehuset oppfattes som svært stort og uoversiktlig, der det er en stor avstand mellom enkeltarbeideren og resten av organisasjonen. Hedda opplever liten innflytelse på egen arbeidshverdag ved at hun leverer rapporter om uønskede hendelser, og etterlyser muligheten til å bidra til å endre egen arbeidssituasjon. Det kan være vanskelig å se at tiltak utløses på bakgrunn av rapportering i meldesystemet. Hedda og Georg diskuterer hvem som behandler rapportene i meldesystemet, og effekten det kan ha å rapportere:

*Hedda: Hvor nå enn eventuelt disse personene sitter og går igjennom dette hver måned, hva så hvis de da konfronterer nærmeste leder? Det betyr jo ikke at noe blir gjort, for da kan de jo bare gi sin forklaring på at alt er ok. Jeg ser ikke at det vil ha noen nytte for meg å gjøre det.*

*Georg: Jeg tenker at det egentlig er viktig med avviksmeldingene. Man kan se statistikken og se at her må det gjøres noe og man kan sette inn et tiltak. Men jeg har ikke så mye tro på det. Det er stort sykehus og avvikene drukner jo i mengden, man føler seg ikke sett. Man er ganske usynlig når man tusler rundt her og skriver et avvik.*

*Hedda: Jeg føler jo at de som driver med det er veldig fjerne fra de som driver klinisk behandling. Det er en annen verden og de har veldig liten forståelse av hvordan ting fungerer.*

*Georg: Det er mye annet som prioriteres. Ingenting fungerer.*

Rapportene kan brukes til forbedringsarbeid, men i bunn og grunn har Georg liten tro på at rapportene han leverer har en slik effekt. Hjort (2007) viser til at en hindring for å rapportere er opplevelsen av at rapportene ikke fører til forbedringer, men kun forsvinner i et «stort byråkratisk hull» (Hjort 2007, 118). Hedda mener også at aktører hun ikke kjenner til behandler rapportene uten at de har en kjennskap til hennes lokale virkelighet. Pfeiffer,

Manser, og Wehner (2010) viser til flere undersøkelser der respondentene oppfatter at analysen av de rapporterte hendelsene ikke blir utført av kompetente personer (Pfeiffer, Manser, og Wehner 2010). I Waring og Curries (2011) studie blant leger beskrives en lav tillitt til at de som analyserte hendelsene kunne forstå og tolke den kliniske konteksten og detaljene som var assosiert med hendelsene. Legene hadde liten tro på at ledere innen risikostyringen av virksomheten hadde erfaring, forståelse og kunnskap nok til å forstå realitetene i den kliniske hverdagen (Waring og Currie 2011). Sykepleierne i mine intervjuer ser ut til å bekrefte dette funnet. For dem er det deres avdelingsleder som best kan forstå deres arbeidshverdag, men som vi ser er det ikke gitt at avdelingslederen responderer på rapportene.

Daniel setter spørsmålstegn ved om det å rapportere i det hele tatt har noen hensikt:

*M: Føler du at det har noen effekt de avvikene dere sender?*

*Daniel: Det er akkurat det. Det er veldig mange som ikke føler at det når frem i det hele tatt og det gjør det jo ofte ikke. Det er klart at det undergraver jo systemet på sikt.*

Når sykepleierne diskuterer rapportering i sin alminnelighet synes det som om de føler det er viktig, og at de kunne rapportert mer, men at arbeidet med kvalitetsforbedring ikke er noe de ikke kjenner seg involvert i:

*Georg: Jeg tror det er viktig med avvikshåndtering, men jeg tror nok det er mange som resignerer litt, fordi man vet at man bør gjøre det og at det er viktig, men at man ikke har tid til det. Mange føler at det ikke har noen nytte, det skjer ikke noe. Da blir det til at man venter til det er veldig alvorlig før man gjør noe, eller at man blir veldig frustrert. Selvfølgelig, ut i fra retningslinjene for hva som skal skrives, så kunne vi ha skrevet så mye avvik hver dag alle sammen at ikke hadde gjort noe annet.*

*Hedda: Retningslinjer i forhold til dokumentasjon ikke sant?*

I en spørreundersøkelse blant sykepleiere og leger fant man at nesten 2/3 av respondentene mente at mangel på respons var viktigste årsak til at de ikke rapporterte (Evans m. fl. 2006). Meldesystemet vil i en ideell verden være nært knyttet til opplevelsen av nytte, der tilbakemeldingsarbeidet skaper en sterk relasjon til de som skal bruke det. I undersøkelsen fra Stavanger Universitetssykehus poengteres det at organisasjoner bør bli bedre til å illustrere hendelser på en pedagogisk måte for å stimulere til mer rapportering (Olsen 2007). For sykepleierne i mine intervjuer ville nok dette innebære en større grad av synliggjøring av konsekvens og tiltak i tilbakemeldingene de får fra meldesystemet.



Jeg opplevde at deltagerne i alle intervjuene generelt så liten nytteeffekt med rapportering. Det kan se ut til at rapportering gjennom meldesystemet utløser refleksjoner blant sykepleierne om eget arbeid, og hvorvidt dette arbeidet samsvarer med deres faglige vurderinger om pasientens sikkerhet og hvordan arbeidsrutiner best løses. Som vist tidligere kan rapporter inneholde sykepleiernes ønsker og forslag til forbedringer (slik som lav bemanning). Dette kan forstås som at sykepleierne føler seg lite delaktige i endringsprosesser utløst av rapporterte uønskede hendelser gjennom meldesystemet.

Sykepleierne hadde ulike forventninger til hvordan meldesystemet var ment å bidra til tiltak lokalt. Berit setter spørsmålstegn om rapportering medfører endringer:

*Men hvor mange ganger skal vi skrive avvik på at legene ikke kommer på visitt? Det skjer jo ingen forandring der. Selv om vi skriver avvik på det, så kommer de jo ikke på visitt! Når avvikene høyeste leder? For det virker ikke som det blir tatt opp med legene. Det skjer jo ingen forandring selv om vi skriver avvikene gang på gang.*

Sykepleierne beskriver at gjentakende rapportering av tilsvarende eller lignende hendelsesforløp ikke medfører noen endring i arbeidshverdagen. I Berits eksempel foreligger det heller ingen forklaring eller informasjon om at noen har prøvd å gjøre noe med problemet, eller i alle fall en forklaring på hvorfor rutinene er som de er. En spørreundersøkelse blant et vidt utvalg av helsepersonell viser til at tilbakemeldinger med konkret relevant innhold har en stor betydning for tillitt til og gjentakende bruk av meldesystemet (Wu m. fl. 2008).

En annen side av Berits eksempel kan være at legene faktisk blir informert om manglende visitter. Av ukjente årsaker er deres arbeidspraksis slik at de ikke får opprettholdt visitttrutinene. Det kan være andre umiddelbare arbeidsoppgaver som prioriteres foran visitttrutinene, slik at det vil kreve større strukturelle systemtiltak for å opprettholde dem. Eksempelvis kan det være at en lege må frigjøres til visittarbeid hver dag innenfor gitte tidsrammer og ikke kan være tilgjengelig for andre arbeidsoppgaver. Gitt ressursituasjonen kan en slik avgjørelse gå ut over andre deler av pasientbehandlingen. I en kompleks arbeidshverdag henger alt sammen. Strukturelle tiltak som forandring av andre profesjonsgruppers arbeidspraksis, eller endringer av andre avdelingers rutiner kan sies å gå igjen i sykepleiernes forventninger til respons fra ledelsen i etterkant av rapportering gjennom meldesystemet.

Daniel sier hva han oppfatter som viktig for å stimulere til bruk av meldesystemet:

*M: Hva hadde fått dere til å bruke avvikssystemet mer?*

*Daniel: Det viktigste er jo følelsen av å bli hørt. Hvis du aldri blir hørt gjør det noe med deg. Det er det samme i en hvilken som helst sammenheng. Hjemme eller hvor som helst, hvis kona di aldri hører på deg, da blir du sløv da!*

*Elisa: Da slutter du å snakke til henne.*

Sykepleierne formidlet under intervjuene at forventningen om «læring», «konsekvens», «respons» og «endring» var viktig når de brukte meldesystemet. For sykepleierne vil slik en tilbakemelding måtte være noe mer enn kun en beskjed om å ta hendelsen til etterretning. Sykepleierne kan slik sies å etterlyse kvalitetsforbedrings- eller endringsprosesser, der uønskede hendelser, rutiner og systemer gjennomgås, det vil si at forventningen til den skriftlige responsen er høy. Kingston m. fl. (2004) rapporterer at mangel av konstruktive tilbakemeldinger var en klar barriere for gjentagende bruk av meldesystemer. Dette hadde nær sammenheng med hvilke tiltak helsepersonellet opplevde rapporteringen førte til (Kingston m. fl. 2004). Når det først foreligger tilbakemeldinger fra meldesystemet er det ikke opplagt for sykepleieren hva rapportene ble brukt til.

Benn m. fl. (2009) har i en studie som omhandler respons fra meldesystemer vist til ulike måter å respondere på en rapport. Man velger å respondere på en gitt måte, og dette har konsekvenser for den opplevde nytteeffekten av å rapportere. Det å simpelthen kvittere på at rapporten er mottatt er et slags minimumsnivå for en tilbakemelding. Å utløse en umiddelbar handling i de nære, lokale omgivelsene for raskt å adressere problemet gir en rask nytteeffekt. Man kan også velge å øke oppmerksomheten om en uønsket hendelse ved å informere alt personell i den spisse enden av pasientbehandlingen. Ved å informere den som rapporterte om hvilke handlinger som ble gjort på bakgrunn av rapporten, og eventuelt publisere dette i et større fellesskap, kan den som rapporterer oppleve å bli tatt på alvor. En mer gjennomgripende måte, som gjerne tar tid, er å endre eller forbedre arbeidsprosesser og arbeidsrutiner på bakgrunn av rapporter. Ideelt sett bør meldesystemer inneha elementer fra alle de ovennevnte måtene å gi respons på, da ikke bare antallet rapporter sier noe om suksessraten til et meldesystem. Kvaliteten defineres ut fra hurtig, synlig og repeterbar handling og kvalitetsforbedringsprosesser (Benn m. fl. 2009). Hovedinntrykket fra sykepleierne i mine intervjuer er at de viser i stor grad til *kvitteringer* som den responsen som kommer fra meldesystemet. De diskuterte gjerne det de opplevde som manglende konsekvenser av rapporterte hendelser:

*Berit: Når du skriver avvik så får man jo aldri høre noe mer.*

*Ane: Nei, det blir ikke tatt opp.*

*Berit: Det blir aldri tatt opp. Det blir aldri snakket om det man skriver avvik på. Føler jo at det er litt meningsløst, men jeg fikk jo svar en gang fra en leder: «Ja men hva er det du forventer å høre da?»*

Hvis forventningen sykepleierne har til rapporten er at den blir brukt som informasjonskilde for å kunne endre arbeidshverdagen (for å forebygge at pasientskader forekommer eller kan gjenta seg), så må en konstruktiv tilbakemelding forstås som en beskjed om en analyse eller konkret anbefaling om endring i en bestemt arbeidsrutine. Denne tilbakemeldingen foreligger ikke til alle, kun til avdelingsleder og den som har rapportert. Derfor er det opp til avdelingslederen å respondere med å ta initiativ til å spre informasjonen. Det kan jo være at hendelser faktisk blir tatt opp, men at hendelsene og diskusjonen ikke meddeles videre. Avdelingslederen stiller spørsmålet - *hva forventer de egentlig å høre?* Kanskje lederen ikke vet svaret selv, da lederen ikke nødvendigvis involveres direkte i det overordnede kvalitetsforbedringsarbeidet? Responsen på sykepleierens rapport kan tolkes til at tilbakemeldingen kommer an på den som mottar rapporten, og lederens holdning til meldesystemet og involvering i det overordnede kvalitetsarbeidet ved sykehuset.

Lokale løsninger for pasientbehandlingen er et uttrykt mål for kvalitetsutvalget ved sykehuset. Men hvis dette lokale kvalitetsarbeidet er uklart, kan sykepleierne oppfatte at sikkerhet er administrasjonens ansvar, mens deres primære ansvar er den daglige pasientbehandlingen (Drach- Zahavy og Somech 2011). Dette kan forklare sykepleiernes gjentatte utsagn i alle intervjuene om at administrasjonen ikke foretar seg noe som følge av de rapporterte hendelsene.

## **5.2 Reversible aktør-nettverk**

I forrige kapittel har vi sett at i forhandlingen om meldesystemets status er sykepleiernes faglige vurderinger om pasientens sikkerhet og avdelingens utfordringer med pasientbehandling viktige. Går sykepleierne til det skritt å rapportere en uønsket hendelse, er deres faglige vurderinger med på å skape en forventning om at rapporten skal sette fokus på problemer i forbindelse med pasientbehandlingen. Dette medfører også en forventning om endring og respons.

Dette vil si at i nettverket som ble endret når den uønskede hendelsen kom til, fikk meldesystemet status gjennom en translasjon der aktøren pasientsikkerhet (tolket som

sykepleierens faglige vurdering) opptrer i sterk relasjon til både meldesystemet og sykepleieren. Rapportering skaper slik en relasjon mellom meldesystemet og sykepleierens faglige vurdering, det vil si at det foreligger en forventning om at meldesystemet skal bidra til pasientsikkerhet i form av endringsprosesser. Nettverket der rapporten taler på vegne av sykepleieren, den uønskede hendelsen og pasientsikkerheten, blir nå utsatt for press i form av tiden det tar før tilbakemeldingen kommer til. Ser vi på rapport og tilbakemelding som dokumenter som taler på vegne av flere aktører, må nettverket løpende gjentas for å eksistere. Det å gjenta betyr at aktører gjør ting og får noe til å skje (Justesen 2005). Når ingenting skjer, kan nettverket destabiliseres, fordi aktørenes enighet om rapporten utfordres (Callon 1991; Law 2007). I dette tilfellet mister den uønskede hendelsen sin umiddelbarhet, rapporten mister sin umiddelbarhet, og meldesystemet relasjon til sykepleieren som den rapporterende part svekkes gradvis (i situasjonen med den aktuelle rapporterte uønskede hendelsen).

Nettverket der meldesystemet fikk status er slik allerede svekket av tiden som har kommet til og fjernet umiddelbarheten av opplevelsen. Etter en tid kommer nå tilbakemeldingen til som en ny aktør. Dette vil påvirke nettverket der meldesystemet og sykepleieren inngår. Tilbakemeldingen fra meldesystemet gav sykepleierne kun en kvittering på at rapporten var mottatt, eller at rapporten var tatt til etterretning. Tilbakemeldingen vil i en slik form svekke rapportens relasjon til den uønskede hendelsen, sykepleierens oppfatning av pasientsikkerhet, og derfor tilbakemeldingens relasjon til rapporten og dermed meldesystemet i seg selv.

Meldesystemet kan sies å involvere flere aktører i nettverket enn de som fremstår som synlige for sykepleieren i forhandlingen om meldesystemets status. Saksbehandlingen avhenger av mange aktører slik som avdelingsledere, rapporten, forståelse av hendelsen hos den som rapporterer og den instans som tolker rapporten. Tiden tilbakemeldingen tar avhenger av rapportens kompleksitet, alvorlighetsgrad, og involvering av flere aktører samt den som behandler rapporten. Alle disse aktørene er ikke direkte involvert i sykepleiernes arbeidshverdag bortsett fra nærmeste leder. Fra beskrivelsene av sykehusets kvalitetsutvalg i kapittel 2, er det ønskelig at avdelingslederen tar hånd om de fleste rapportene og avslutter dem. Kvalitetsutvalget og de klinikkvise kvalitetsutvalg består av et begrenset antall personer som skal sørge for en overordnet etterprøving av utførelsen av arbeidet på sykehuset.

En ansatt som er direkte involvert i arbeidet med å kvalitetssikre, forbedre og revidere etablerte arbeidsrutiner og arbeidsprosesser, ville trolig vært opptatt av å innhente informasjon om hvordan disse rutine og prosessene utføres og fungerer. Sykepleierne poengterer det

motsatte, det vil si at de ikke ser hensikten med rapportering. For kvalitetsutvalget er meldesystemet et informasjonsgrunnlag for å sikre etterprøving av arbeidsrutiner som sykepleierne tar del i. Men avstanden mellom sentrale kvalitetsutvalg og den enkelte avdeling kan bidra til at den egentlige hensikten med meldesystemet blir vag. Kvalitetsforbedringsarbeid som en sentral oppgave kan blir fjernt for organisasjonens lokale ledd.

Gjennom meldesystemet kjenner sykepleierne kun en lokal aktør som ikke bare opptrer skriftlig. Avdelingslederen er en person sykepleierne faktisk kjenner til i motsetning til de andre aktørene i meldesystemet som beskrives som fjerne. Nærmeste leder har allerede en sterk aktørstatus i kraft av å være leder, med tilhørende sterke relasjoner til eventuelle endringsprosesser og utarbeidelse av rutiner ved avdelingen. Lederen har slik stor innvirkning på hvorvidt meldesystemet føles relevant i arbeidet ved avdelingen. Derfor opplever sykepleierne at meldesystemet med tilhørende tilbakemeldinger beror mye på nærmeste leder.

Tilbakemeldingen taler derfor på vegne av meldesystemet og meldesystemets aktører, som nærmeste leder og kvalitetsutvalget, mens rapporten taler på vegne av den uønskede hendelsen, sykepleieren og pasientsikkerheten. Tilbakemeldingens innhold vil si noe om hvorvidt det er et samsvar mellom disse aktørene, som igjen bestemmer om meldesystemet fra sykepleiernes side oppleves som det kvalitetsforbedringssystemet de oppfatter det som. Den type tilbakemelding sykepleierne får, ser i liten grad ut til å møte forventningene om tiltak ved sykepleiernes avdelinger. For sykepleierne vil tilbakemeldingen da være en aktør som svekker meldesystemets status. Nettverket mister sin balanse (Callon 1991; Jensen 2005; Law 2007).

Slik kan nettverket der meldesystemet inngår sies å være et reversibelt aktør-nettverk fordi nettverket er avhengig av tilbakemeldingen for å være en stabil aktør i sykepleierens hverdag. Tilbakemeldingene viser seg gjerne å ha en liten relasjon til den uønskede hendelsen slik sykepleieren opplever det, den fjerner aktualiteten av hendelsen gitt tidsaspektet, og den taler på vegne av aktører sykepleieren ikke ser. Meldesystemet virker først å gi en verdi til sykepleierne når rapportene tas opp av avdelingsleder i avdelingsmøter. Rapportens og meldesystemets vil ha en høy status når de som aktører trekkes inn lokal kontekst. Da snakker meldesystemet på vegne av den uønskede hendelsen som ble rapportert. Avdelingslederens forståelse og innsats er da svært viktig for at meldesystemet i nettverket skal få status. Når kvalitetsforbedring foregår utenfor den lokale avdelingen, vil sykepleierens forventning om

lokal effekt forutsette en rekke av ikke åpenbare revisjoner av arbeidspraksis for en annen yrkesgruppe eller en annen avdeling.

Sykepleierne har liten innvirkning på *endring* av sin arbeidspraksis på bakgrunn av tilbakemeldinger, og *sikringen* av rutinene i pasientbehandlingen gjennom meldesystemet. Samtidig har sykepleierne meget stor påvirkning på og kunnskap om den *praktiske* utførelsen av rutinene (siden de oppgir at hverdagen uansett må løses på ad hoc-basis siden rutinene ikke fungerer eller avbrytes). Det kan derfor være et problem at manglende systematisk rapportering kan lede til at sammenhengen mellom kvalitetsforbedringsarbeid og arbeidspraksis blir svak. Uten noen reell makt over utformingen av egne arbeidsrutiner, blir kvalitetsarbeidet slik det fremstår som gjennom meldesystemet opplevd som noe sykepleierne ikke er en del av. Sykepleierne har en uklar forståelse hva det sentrale kvalitetsarbeidet er, hvilket frarøver meldesystemet legitimitet, slik at det derfor fremstår mer som en forstyrrelse av arbeidshverdagen enn et verktøy for å forbedre den.

### **5.3 Uønskede hendelser inngår i andre nettverk**

#### **5.3.1 Uønskede hendelser diskuteres muntlig**

Sykepleierne beskrev også hyppig under intervjuene hvordan uønskede hendelser knyttet relasjoner til andre aktører enn meldesystemet. Sykepleiere spør gjerne andre sykepleiekollegaer om råd og om hvordan behandling og situasjoner bør håndteres. Sykepleierne er avhengig av god kommunikasjon med pasienter, leger og andre profesjoner og opptrer gjerne som bindeleddet og koordinator mellom disse aktørene. Gjennom deres aktørskap påtar sykepleierne seg mye ansvar for at pasienten får den behandlingen de skal ha i løpet av dagen. Dette gjør de ved å påta seg ansvaret for arbeidsoppgaver «ingen eier». I tillegg er ikke en sykepleiers arbeidsoppgaver definerte størrelser siden pleie og omsorg dreier seg om «alt» ved pasienten (Olsvold 2010). Orvik (2004) beskriver en sykepleiers organisatoriske posisjon som organisasjonens lim med utgangspunkt i Patrica Benners klassiske beskrivelse. I kraft av en slik posisjon bidrar de til å sørge for at pasientbehandlingen gjennomføres i en kompleks organisasjon. Sykepleierne ivaretar hele behandlingsforløpet og følger opp behandlingen i alle ledd. Dette aspektet ved sykepleierens organisatoriske rolle er lite tydeliggjort (Orvik 2004). Igjen kan dette bety at deler av sykepleierens arbeid som er direkte relevant for pasientsikkerheten, ikke nødvendigvis representeres og blir synlig gjennom meldesystemet.

Sykepleiere startet arbeidsdagen med en samlet muntlig rapport som gir en beskrivelse og oversikt over pasientene på hele avdelingen. Rapporten inneholder informasjon om pasientenes sykdomsbilde og sykdomstilstand. Sykepleierne fordelte så pasientene seg imellom og begynte så arbeidet. Ved spesialavdelingen var man gjerne først samlet i en kort felles rapportsituasjon, før de fikk en mer utførlig rapport om den enkelte pasient. I løpet av dagen samarbeidet sykepleierne om pasientbehandlingen, ved eksempelvis stell av pasienter, visittgang med legen og medisintdeling. Beskjeder og fordeling av arbeidsoppgaver gjøres gjerne muntlig, på slutten av arbeidsdagen skrives det rapport i journal (EPJ) på hver enkelt pasient. Schuster og Nykolyn (2010) skriver at uønskede hendelser primært er en direkte følge av kommunikasjonsbrist. Det er derfor essensielt at kommunikasjonen er tydelig, men selv den mest presise verbale beskjed kan bli feiltolket (Schuster og Nykolyn 2010, 4-7).

Tidligere har jeg beskrevet at sykepleiernes arbeidshverdag preges av avbrudd og distraksjoner fra ulike aktører (leger, sykepleiere, pasienter, pårørende, telefoner som ringer, datamaskiner som ikke fungerer og elektroniske kurver som ikke blir overført). Det er en kjensgjerning at sykepleiere har en arbeidsplass som er preget av avbrytelser (Page 2004; Potter m. fl. 2004; Tucker og Spear 2006). Avbrytelser har en markant effekt på menneskelige ytelser, slik som å sørge for å dele oppmerksomheten på flere ting samtidig. Dette kan føre til stress, forglemmelser og (aktive) feil. I en slik hverdag er klar og konsis kommunikasjon mellom kollegaer viktig. Muntlig kommunikasjon mellom kollegaer kjennetegner slik et stabilt nettverk. Muntlig overlevering av informasjon i form av dialog, samtale og diskusjoner som nevnt over er tett integrert i teambaserte arbeidsprosesser blant sykepleiere (Schuster og Nykolyn 2010). Dette leder til at uønskede hendelser er tett knyttet til muntlig diskusjon som følgende eksempel viser:

*M: Men snakker dere om feil?*

*Hedda: Ja.*

*Georg: I perioder, når det blir for ille. Så kommer det gode dager, så tenker man at det var kanskje ikke så ille og så har man utsatt å skrive det fordi man ikke har tid.*

Hendelsene virker å være et grunnlag for diskusjon blant sykepleierne. Sykepleierne beskriver videre hvordan hendelser kan «forsvinne»:

*Ane: Da snakker vi mer. Vi kan vel melde, men vi gjør det ikke nok.*

*Berit: Det blir ofte litt slik at man skulle egentlig ha skrevet avvik. Det må du skrive avvik på, du må gjøre det!*

*Ane: Har skrevet før.*

*Berit: Ja, så blir det bare ikke noe av.*

Å rapportere uønskede hendelser som sykepleierne har rapportert før er mindre interessant enn å rapportere nye hendelser. Hvis rapportene ikke leder til noe synlige tiltak er det uklart for sykepleierne hvorfor de skal gjenta rapporteringen. Ida forteller om rapporter på vaktrommet:

*Det er gjerne på vaktrommet at man snakker høyt enn at man faktisk setter seg ned og logger inn på disse systemene og skriver dem ned.*

Idas beskrivelse kan knyttes til at sykepleierne får en umiddelbar muntlig respons av en kollega på hvilket syn de har på hendelsen. Sykepleiere er opplært i å jobbe i team. I teamet er kunnskap spesielt fokusert på deling av informasjon og at man hjelper hverandre ved behov (Schuster og Nykolyne 2010). Det er nærliggende at hendelsen blir hørt og diskutert umiddelbart. Frida viser til en uønsket hendelse hvor to sykepleiere har vært involvert:

*Vi har diskutert ved et par anledninger på avdelingen hvor det er blitt gjort feil mellom to sykepleiere. Da diskuterer vi to om er dette noe man bør sende avvik på. Hvis man tar det opp med vedkommende som har gjort noe feil. Da kan man rydde opp seg imellom bare ved at man har gjort vedkommende klar over det.*

Pfeiffer Manser og Wehner (2010) viser til flere undersøkelser hvor personalet ikke mente det var hensiktsmessig å rapportere hendelsen dersom man heller diskuterte og lærte av hendelsen sammen med en kollega. Dersom helsepersonellet vet hva som gikk galt og hvordan man kan unngå at det gjentar seg, ser de ikke behovet for å rapportere hendelsen (Pfeiffer, Manser, og Wehner 2010). Informasjonen fra meldesystemet er imidlertid ment å brukes i kvalitetsarbeid til bruk over hele sykehuset. Det kan være at hendelsen gjentar seg ved en annen avdeling ved samme sykehus eller et annet sted i landet, og det er derfor viktig at rapporteringen ikke stopper opp (Hjort 2007).

Det kan virke som om sykepleiernes diskusjoner fungerer som et forum for en uformell kvalitetskontroll av de rutineene det arbeides ut fra. Det er naturlig og nærliggende å snakke med en kollega, og dette utgjør kanskje den viktigste læringsarenaen hvor en sykepleier bygger erfaring (Bishop og Waring 2011). Som tidligere nevnt kan også avdelingsmøter fungere på denne måten. Man skal også merke seg at kollegaer utgjør et forum av likesinnede. Kollegaene er kjent med arbeidet ved avdelingen og dens omgivelser.



En muntlig tilbakemelding eller e-posthenvendelse fra nærmeste leder er en del av den nære avdelingskonteksten. Å motta en e-posthenvendelse som en skriftlig tilbakemelding fra aktører utenfor avdelingen er måten meldesystemet selv kommuniserer med sykepleierne. Dette virker ikke å ha samme effekt for en sykepleier som det å initiere og delta i en dialog med kollegaer om hendelsen. Den skriftlige responsen fra meldesystemet er gjerne en endelig vurdering som sykepleieren ikke har tatt del i. Da er sykepleieren en som mottar en beskjed, men det er ikke forventet en respons fra sykepleieren som aktør i denne fasen da sykepleieren ikke har noen reell mulighet til å komme med innspill. I en diskusjon med en kollega vil responsen på en uønsket hendelse være umiddelbar, og den vil komme fra en (likesinnet) kollega i samme situasjon, som har førstehånds kunnskap til arbeidet ved avdelingen. Meldesystemet kan slik sies å oppleves som en monolog, i et nettverk som prioriterer og premierer dialog.

### **5.3.2 Uønskede hendelser i relasjon til lege eller journal (EPJ)**

I tillegg til den muntlige overføringen av informasjon er dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ) en aktivitet sykepleierne normalt sett vil utføre. Journalførte opplysninger danner sammen med de muntlige overleveringene informasjonsgrunnlaget for den daglige pasientbehandlingen. Sykepleierne dokumenterer hvilke tiltak og observasjoner som har vært lagt til grunn for pasientbehandlingen i løpet av vekten. Denne journalføringen er en del av sykepleiernes plikter. Sykepleierne beskrev ved flere anledninger at de dokumenterte de uønskede hendelsene i den enkelte pasients journal. Hedda beskriver hvordan hun vektlegger å dokumentere en uønsket hendelse:

*Journalnotat som jeg må skrive vil jeg alltid prioritere foran en avviksmelding. Men det betyr ikke at du ikke dokumenterer i journalen hva som har skjedd.*

*Ida: Det er vi er gode på. Muntlig og skriftlig, på den måten så dokumenteres jo avvik.*

For sykepleierne kan det å rapportere like godt bety å dokumentere eller diskutere en uønsket hendelse. Den uønskede hendelsen knyttes til EPJ, og nedtegnes der i stedet for i meldesystemet. Når sykepleieren gir en muntlig daglig rapport, kan hendelsen i tillegg diskuteres muntlig. Den muntlige overføringen av informasjon er spesielt viktig for å videreføre observerte konsekvenser av hendelsen. Dokumentasjonen i journal kan synes viktig fordi det rett og slett er enkelt å knytte en uønsket hendelse til pasienten når man uansett skriver rapporten. Det virker lettere å dokumentere hvorfor for eksempel intervensjoner

overfor pasienten ikke er gjennomført og at medisiner har blitt feiladministrert. Noen av sykepleierne beskrev at de *fleste* uønskede hendelser blir rapportert i EPJ:

*Ane: Vi legger veldig vekt på sykepleierdokumentasjonen. Ting kommer frem der som ikke er som de burde ha vært. Man skriver det heller der og dokumenterer. Da skriver man i hvert fall ikke avvik i tillegg.*

*Berit: For det er jo ofte vi skriver: Vi har kontaktet legen, men legen har ikke svart på calling, og legen har ikke kommet, og legen kom ikke.*

*M: Det skrives i sykepleiedokumentasjonen?*

*Berit: Ja.*

*Christer: Det gjør en også hvis man gir nifedipin intravenøst.*

*Ane: Det står der.*

*Christer: Så hadde det stått i vaktrapporten, men ikke som avvik.*

*Ane: Men ikke som avvik. Jeg føler det blir det så skjult, vi lærer ikke noe av det.*

Sykepleierne beskriver at de nedtegner mange hendelser i EPJ og da bruker de ikke tid på å rapportere hendelsene *i tillegg* i meldesystemet. Ane påpeker at hendelsen slik blir skjult og forsvinner i dokumentasjonen i EPJ, det vil si at hendelsen også der mister sin aktualitet og status.

Hedda beskriver arbeidsvaner når det skjer en uønsket hendelse:

*Egentlig skal man jo skrive avvik. For eksempel at man har gitt feil type medisiner så tar man som regel og sier fra til ansvarlig lege, for så å notere det i journalen.*

Egentlig skulle man rapportert hendelsen, men «vanen» er en annen. Sykepleierne sier at det prioriteres først å rapportere hendelsen muntlig til lege, for så å håndtere eventuelle konsekvenser av hendelsen (dette står også i meldeskjemaet, se figur 3). Neste prioritering er å dokumentere hendelsen i journal, mens den siste prioriteringen synes å være rapportering i meldesystemet. En hendelse fører slik til tre rapporteringsledd (lege, EPJ og meldesystemet), hvilket utgjør mye dokumentasjonsarbeid.

Sykepleierne beskriver også å «utviske» hendelser som en del av dokumentasjonen i EPJ:

*Hedda: Jeg vet ikke helt hvordan reglene gjelder, men hvis man sier fra til ansvarlig lege og dokumenterer i journal, så har man jo faktisk meldt. Det er dokumentert at det er skjedd.*

*Georg: Det er dokumentert i journal.*

*Ida: Men ikke i det skjemasystemet.*

*Hedda: Men i journalen så vil det jo være dokumentert. Skjer det noe videre så vil man jo gå tilbake i journalen og lese, og da kan man se at der er det dokumentert.*

*Georg: Det kan man.*

En som tilfeldigvis oppdager hendelser ved å lese journalført dokumentasjon kan også gi en tilbakemelding om hendelsen til den som dokumenterte. Interessant nok beskriver også sykepleierne en arbeidsprosess som nettopp forklarer at hendelser som nedskrives i journal forsvinner. Ane beskriver hvordan sykepleierapportene blir brukt som informasjonsgrunnlag:

*Det er ikke alle som leser sykepleierapportene, det er legen som skal skrive epikrise og så er de borte.*

Sykepleiedokumentasjonen virker lite integrert i pasientbehandlingen. Legen leser dem kun på slutten av pasientoppholdet. Dersom sykepleieren kun dokumenterer hendelsen i sin journaldokumentasjon som kanskje blir lest kun en gang, kan hendelsen få liten betydning. Da er det opp til legen om sykepleiedokumentasjonen leses nøye nok, og ofte nok.

Det kan også nevnes at det er bevegelser innen forskning omkring journaldokumenterte hendelser. «Global trigger tools» (GTT) er elektroniske verktøy, som på bakgrunn av definerte tekststrenger eller ord typiske for uønskede hendelser eller feilbehandling, søker gjennom journaloppføringer for å finne frem til informasjon som kan indikere problemer (Deilkås 2011). I etterkant av hendelsen kan indikasjoner på hendelsene påvises, og på bakgrunn av dette kan man danne seg et bilde av hvor mange hendelser som forekommer (som er dokumentert eller indirekte dokumentert). GTT skal kun motivere til forebyggende arbeid, og er ikke ment å erstatte meldesystemer. Dersom man kun i etterkant undersøker hva som er gått galt, og således skiller kvalitetsarbeidet fra arbeidspraksis, kan dette redusere muligheten til å lære innad i organisasjonen (Barach 2011). GTT kan avdekke hvor mange hendelser som er dokumentert i journal, og man kan dermed også sammenligne med meldesystemets rapporter, for å avdekke en eventuell underrapportering (Deilkås 2011).

Meldeplikten knyttes slik til ulike dokumentasjonsverktøy (meldesystem og pasientjournal). Men det er også meningen at en rapportert hendelse skal dokumenteres i EPJ. Hendelsen blir en del av en forhandling om hvor den skal ende opp, der journal vektlegges som en enklere og mer naturlig løsning. Journalsystemet er et daglig informasjonsverktøy som ligger forut for all

aktivitet i avdelingen, og dokumentasjonsplikten er godt innarbeidet i sykepleiernes arbeidsrutiner.

### 5.3.3 Uønskede hendelser som en del av hverdagen

Som oftest poengteres det i intervjuene at sykepleierne ikke rapporterer alle hendelsene som forekommer:

*Ane: Det gikk greit, det gikk greit. Jeg synes jeg har sett de ordene igjen og igjen. Men det er ikke sikkert at det går greit for nestemann, for har vi ikke lært noe. Sånn sett er det kjempeviktig med avvik. Det går jo kanskje greit for den ene, også tenker man at det gikk jo greit den ene gangen. Så prøver de en gang til og så går det ikke greit. Det er på en måte akseptert å prøve litt.*

Ved hennes avdeling ser Ane at det aksepteres at hendelser er en naturlig del av arbeidshverdagen. Ane forstår det som «risikofylt» å være innlagt, og hun mener uønskede hendelser slik gjentar seg ved hennes avdeling. Elisa viser til sin oppfattelse av sin egen avdelings rapporteringsfrekvens:

*Det er jo egentlig i bunn og grunn opp til oss selv. Hva slags fokus man har og hva man velger å rapportere. Det er jo noe med kulturen, men jeg føler jo at vi har hatt litt fokus på avvik og at det skal kunne være greit å kunne si ifra. Så jeg for min del er veldig komfortabel med avvik og melde avvik, men det er sikkert forskjellig. Man lurere på hva man skal melde og føler litt på om det er alvorlig nok.*

Gjennom alle intervjuene er det påfallende at ingen beskrev avdelingens systematiske arbeid med å adressere uønskede hendelser som et arbeid med å forbedre arbeidsprosesser og pasientbehandling ved avdelingen. Sykepleierne beskrev hva de selv rapporterte av hendelser, men ikke hva avdelingens felles mål var, som for eksempel å øke rapporteringsfrekvensen. De beskrev heller ikke noe samlet arbeid for å få ned hyppigheten av uønskede hendelser, og de hadde heller ingen oversikt over om deres avdeling hadde høy rapporteringsfrekvens eller ikke. Det virket som om det var opp til dem selv å avgjøre om en uønsket hendelse (slik sykepleierne forstod hendelsen) ble rapportert eller ikke. Statens helsetilsyns undersøkelse for over ti år siden viste at: «Skriftlige rutiner om avvikshåndtering i kvalitetshåndboka er ikke kjent blant de intervjuede» (Helsetilsynet 2001). Sykepleierne i mine intervjuer refererte aldri til en slik håndbok. Snarere var det slik at uønskede hendelser ble oppfattet som hendelige uhell som gjerne ble ordnet opp i på et vis, bortsett fra de svært alvorlige

pasienthendelsene, som i større grad ble rapportert. Sykepleierne beskriver meldesystemets plass i arbeidshverdagen slik:

*Hedda: For meg er det slik at jeg vet ikke hva jeg vurderer å bruke tid på.*

*Ida: Det er meningsløst at man ikke når frem.*

*Georg: Nei, resignert.*

*Hedda: Ja, resignert, unntatt på det som er alvorlige ting som er med en pasient. Men alle slike ting som er med organisasjon som fører til ekstraarbeid, potensielt at pasienter går glipp av undersøkelser og lignende. Ja det er alvorlig, men samtidig så ordner vi det.*

*Ida: Vi fikser det på en måte.*

En eldre studie påpeker at det å rapportere blir sett som unødvendig ekstra arbeide, og at dette er blant de viktigste barrierene mot å rapportere (Vincent 1997). Dette virker ikke å ha endret seg. Olsvold (2010) sier at generelt rydder sykepleierne daglig opp i problemer, åpenbare svikt i rutiner, og konsekvenser av mangel på rutiner. De tar ansvar for arbeidsprosessene og sørger for arbeidsflyt ved sykehuset. De bruker sitt aktørskap, men i arbeidsprosessene skjuler de mye av sin faktiske arbeidsbyrde. Det er derfor lett å pålegge dem mer, eller kutte stillinger, når man uansett ikke har oversikt over hva de gjør. De resignerer uten å se egen posisjon som viktig (Olsvold 2010). Sykepleierne er altså med på å skjule årsakene til at slike problemer oppstår, ved å utbedre mangler uten å rapportere disse. Sykepleierne vil slik jeg tolker dem bekrefte funn i flere studier som finner at mye av sykepleiernes arbeidstid brukes til å rette opp i konsekvensene av systematisk svikt i pasientbehandlingen, det vil si grunnleggende svakheter i arbeidsrutinene (Mengis og Nicolini 2011; Tucker og Spear 2006).

#### **5.4 Den uønskede hendelsen som aktør inntreffer i flere nettverk**

Fra sykepleiernes beskrivelser tegner det seg et bilde av et nettverk preget av sykepleiere som er presset på tid, og som utfører de oppgaver de har ressurser til. Dette medfører forhandlinger om aktørers status der alle aktører i nettverket som utgjør pasientbehandlingen påvirker resultatet. I nettverket er det slik jeg ser det visse aktører som har stor påvirkningskraft i forhandlingene (som definerer arbeidets utførelse). Sykepleieren har som aktør en interesse av at arbeidet utføres forsvarlig, patientsikkert og omsorgsfullt. En konsekvens av dette er imidlertid at uforutsette problemer og oppgaver løses ad hoc, der sykepleieren tar ansvar for de deler av pasientbehandlingen som ingen har eller tar ansvar for.

Hver sykepleier besitter en mengde tid hver dag som skal fordeles på alle arbeidsoppgavene. En sykepleier må vurdere hva som er rimelig tidsbruk på hver arbeidsoppgave. Kollegaer opptrer som vi har sett tidligere som sterke aktører, og diskusjon og utveksling av informasjon mellom kollegaer er viktig. Å konferere og forhøre seg med kollegaer får frem flere aspekter ved pasientbehandlingen enn det som skriftlig kan dokumenteres, gitt tiden som er tilgjengelig.

Sykepleiernes avdelingsleder er en sterk aktør i kraft av sin posisjon og tilstedeværelse ved avdelingen. Avdelingslederen handler ved å fordele ressurser til de arbeidsoppgavene avdelingen skal utføre. Leger er en sterk aktør i kraft av at de bestemmer behandlingstiltak for hver enkelt pasient. Sykepleieren utfører og foreslår behandlingstiltak for hver pasient, mens legen har medisinsk ansvar. Siden sykepleieren er mer til stede enn lege hos hver pasient, vil også legens behandlingstiltak være basert på sykepleierens observasjoner og vurdering av pasients tilstand. Dette skjer gjerne i samspill med pasienten selv, journalnotater, blodprøvesvar, utstyr og andre flerfoldige aktører. Administrasjonen og klinikkledelsen er aktører som legger føringer for pasientflyt og standarder ved behandlingen, som videreformidles gjennom avdelingslederen.

I dette nettverket utføres det bestemte handlinger relatert til pasientbehandlingen basert på forhandlinger mellom aktørene. Konsekvensene av forhandlingene er at visse arbeidsoppgaver utføres og veier tyngre enn andre. Pasientbehandlingen i seg selv veier tyngst, som arbeid med pasienten og driftsmessige støttetiltak. Med pasientbehandlingen følger også dokumentasjon der det elektroniske journalsystemet opptrer som en aktør med stor styrke.

Den sosiale praksisen ved avdelingene er slik preget av dokumentasjon som en aktivitet sykepleieren må utføre. I en forhandling om det elektroniske journalsystemet skal brukes eller ikke, vil aktørene være enige om at det skal brukes. Dette er et stabilt nettverk preget av en redistribusjon av praksis som har vedvart etter innføringen av elektronisk pasientjournal. Alle aktørene i pasientbehandlingen er enige om at dokumentasjon av pasientens tilstand og behandling er en aktivitet som er viktig å utføre. Overlevering av relatert pasientinformasjon er en oppgave som parallelt utføres muntlig. I nettverket er vaktskiftene en viktig arena for utveksling av informasjon om pasientbehandlingen. Avdelingsmøter er også en viktig arena for utveksling av generell informasjon relatert til pasientbehandlingen og avdelingen forøvrig.

I tillegg foregår det en kontinuerlig informasjonsutveksling mellom kollegaer om pasientbehandlingen.

Skriftlig dokumentasjon og muntlig informasjonsutveksling om pasientbehandlingen gjøres hver dag, og kommer det til oppgaver i dette stabile nettverket, forhandles det om oppgavens status. Når en uønsket hendelse skjer, forstyrres dette nettverket. Først håndteres hendelsen. Det gjøres så en forhandling slik vi har sett i forrige kapittel, om hvorvidt hendelsen rapporteres eller ikke. Ser vi på den grunnleggende stabiliteten i nettverket som utgjør pasientbehandlingen er det ingen grunn til å bruke meldesystemet før det skjer en uønsket hendelse. En uønsket hendelse skal også dokumenteres som en journalrapport. Å bruke meldesystemet vil representere en tilleggsoppgave. Vi har også sett at noen av sykepleierne heller diskuterer hendelsen enn å rapportere den. Å diskutere er en naturlig del av en muntlig rapport, som sykepleierne ville utført uansett, mens det å bruke meldesystemet vil representere en tilleggsoppgave som konkurrerer om oppmerksomhet og tid.

Dette kan nå si noe om hvorvidt underrapportering er et primært teknologisk problem. Ved å underestimere hvordan eksisterende arbeidsprosesser endres eller forstyrres, kan man risikere å neglisjere de diskusjoner om verdier, ressurser, rettigheter og plikter som en teknologi forårsaker (Vikkelsø 2005). I dette tilfellet er nettopp meldesystemet en teknologi som nettopp utløser diskusjoner primært om ressurser og prioritering av oppgaver og plikter. Dette innvirker på om den uønskede hendelsen blir rapportert, eller om den blir del av en journal eller en muntlig diskusjon. En nærliggende tanke er at rapportering gjennom journalsystemet kunne omgått noe av denne problematikken.

Ifølge Vikkelsø (2005) vil det kreve en redistribusjon av praksis før en teknologi blir en del av et stabilt nettverk. Fra sykepleiernes beskrivelser virker det som om det rapporteres uønskede hendelser, men at informasjonen som følger pasientbehandlingen i bunn og grunn utføres uavhengig av meldesystemet. Meldesystemet kommer kun til som aktør under visse forutsetninger. Det er derfor tvilsomt at den nåværende sosiale praksisen vil prioritere noen *generell* rapportering av uønskede hendelser. I sykepleiernes avdelinger har det ikke funnet sted noen grunnleggende redistribusjon av praksis som skulle tilsi dette. Likevel finnes det en relasjon til meldesystemet. Sykepleierne rapporterer en del hendelser, og har en motivasjon for å rapportere hendelser i meldesystemet. En aktør kan ha en motivasjon for å handle, men dette behøver ikke bety at den sosiale praksisen bidrar til at handlingen utføres, da flere aktører må enes om at handlingen er hensiktsmessig (Callon 1991). Det å løse hverdagens utfordringer

tar tid og krefter, og rapportering kan raskt bli en ekstra oppgave som synes å ha liten relevans i pasientbehandlingen for sykepleierne, gitt at deres forventning til endring, tiltak og forbedring ikke møtes. Meldesystemet kan slik sies å representere en viss verdi for sykepleierne i de tilfellene de opplevde tilbakemeldinger eller endringer. Generelt vil meldesystemet imidlertid gi liten verdi til de intervjuede sykepleierne som brukere av systemet. Følgende diskusjon illustrerer problemet:

*Ida: Ting som ikke fungerer må jo synliggjøres. Man kan jo vegre seg litt for å ta opp den type ting. Man tenker at dette går jo på et vis, men det burde vært bedre.*

*M: Hvorfor vegrer man seg?*

*Ida: Nei på, hva skal jeg si, på vippen ting, sånn som man kanskje irriterer seg over.*

*Ting som kunne vært bedre, men ikke nok til at jeg tenker at jeg gidder å skrive avvik.*

*Georg: Du vet det ikke blir gjort noe med det.*

*Ida: Ja jeg vet at det ikke kommer videre. Jeg vet at det ikke skjer noen endring og da bruker jeg ikke tid og ressurser på det.*

*Hedda: Du vet jo det at det blir jo ikke noen endring.*



## **6 Meldesystemets utfordringer og muligheter**

I denne oppgaven har problemstillingen vært hvilke forhold som innvirker på sykepleiernes relasjon til uønskede hendelser og det elektroniske meldesystemet ved sykehuset der de arbeider. I dette kapittelet ønsker jeg å belyse hvilke utfordringer og muligheter som ligger i meldesystemet.

### **6.1 Oppgavens funn oppsummert**

Jeg har studert sykepleieres utsagn og tolker dem som innblikk i en sosial praksis. Den sosiale praksisen har jeg beskrevet som nettverk der alle aktører forhandler om status. Meldesystemet får kun status som leder til bruk når aktørene enes om at det er hensiktsmessig. Mine funn viser at sykepleierne bruker meldesystemet, men at dette skjer under visse forutsetninger. I kapittel 4 har vi sett i hvilke sammenhenger sykepleierne tar i bruk meldesystemet. Sykepleierne rapporterer hendelsesforløp som går utover eller kunne gått utover en pasient. Ved å rapportere påpeker de også av og til problemer som lav bemanning eller svikt i medisinsk-teknisk utstyr og manglende oppmøte av personell (portører, leger), det vil si problemer som er av mer generell natur. Men det er ingen konsekvent rapportering av hendelsene. Dette kommer av forhandlingene som gjøres før en hendelse er rapporteringsverdig, og meldesystemet tas i bruk. Hendelsen må være alvorlig nok, eller opplevelsen av et problem må være sterk nok, og tiden til å rapportere må være tilgjengelig. Utfordringene med å bruke meldesystemet lå i den enkeltes oppfatning av systemets brukervennlighet og tilgjengelighet, opplevelsen av kollegialitet og sanksjoner, manglende opplæring og informasjon, samt ikke minst sykepleiernes omgivelser som påkrevde deres oppmerksomhet.

Det var klart at sykepleierne oppfattet meldesystemet som et kvalitetsforbedringssystem. Meldesystemet var på et vis den eneste skriftlige kanalen for å rapportere bekymringer om pasientbehandlingen. Når de rapporterte for å påpeke et problem, forventet de at i det minste noen anerkjente problemet, og helst at rapporten medvirket til at tiltak og endringer kunne finne sted. I kapittel 5 finner jeg imidlertid at sykepleierne opplevde generelt få tiltak mot problemer de rapporterer, og ingen av sykepleierne beskrev seg som involvert i endringsprosesser på bakgrunn av rapporter. Dette medførte trolig at de etterlyste bedre tilbakemeldinger med relevans for dem selv. Kun i en av avdelingene snakket sykepleierne om at rapporter ble tatt opp på avdelingsmøter. Alle sykepleierne mente tilbakemeldingene var mangelfulle, og i mindre grad representative for deres syn på den rapporterte hendelsen.

Det er tre aspekter ved disse funnene, som alle henger sammen med hva sykepleierne forstår som uønskede hendelser. Det første aspektet er at når sykepleierne rapporterer vil ikke rapporten nødvendigvis kjennetegne det underliggende problemet. Rapporten er snarere en konsekvens av problemet. Dette har å gjøre med at de uønskede hendelsene som rapporteres kun representerer «toppen av isfjellet» av underliggende problemer og latente feil. Dette har igjen relatert til det andre aspektet, som er om rapportering påvirkes av hvordan sykepleiere er vant med å arbeide, og hvordan pasientbehandlingen gjennomføres. Det tredje aspektet er hvorvidt meldesystemet bidrar til læring og kunnskapsdeling i sykehusorganisasjonen, ikke minst lokalt. For sykepleierne er det å rapportere i liten grad forbundet med synlige endringer i form av lokal kvalitetsforbedring, sett fra sykepleiernes side.

## **6.2 utfordringer**

### **6.2.1 Redistribusjon av praksis?**

Meldesystemer er ment å skape læring og kunnskapsdeling ved sykehuset, slik at pasientsikkerheten forbedres. Gitt underrapporteringen av hendelser er det ikke klart om denne læringen fungerer godt nok, og hvorvidt kunnskapen som samles inn gjennom meldesystemet kommer pasienter og ansatte til gode. Etter å ha avdekket nettverkene som utgjøres av humane og materielle elementer som alle påvirker hverandre, kan forskeren si noe om hva som kjennetegner en sosial praksis (Law 1992). Vi har sett hvordan sykepleierne anvender meldesystemet og hvordan de uønskede hendelsene inngår i flere nettverk. Da kan vi si noe om hva funnene forteller om hvilke dypere liggende strukturer som kjennetegner kvalitetsforbedring i avdelingene, og hvordan meldesystemet inngår i dette.

Sett fra et ANT-synspunkt vil teknologi påvirke og bli påvirket av flerfoldige humane og non-humane aktører, der translasjonsprosesser kan føre til at aktørene enes om en formålstjenlig bruk av teknologien. Men likeledes kan også en slik forandret sosial praksis være for ustabil til å medføre en denne enigheten vedvarer. Basert på sykepleiernes beskrivelser finnes holdepunkter for å si at meldesystemet *kan* brukes, men ikke *må* brukes. Meldesystemet er ikke en nødvendig del av pasientbehandlingen, og det virker heller ikke som om meldesystemet brukes aktivt i lokal kvalitetsforbedring.

En sykepleier står ovenfor et prioriteringsproblem med hensyn til tidsbruk når en uønsket hendelse oppstår. For sykepleierne vil det være viktig å ha nok tid til å skrive rapportene i meldesystemet. Implementeringen og utformingen av et meldesystem bør ta hensyn til at sykepleiere og andre brukere er presset med hensyn til tid, og må velge hvilke prioriteringer

som skal veie tyngst. Spesielt meldeskjemaet må klare å balansere mellom å fange kompleksiteten i en hendelse og samtidig ikke oppfattes som for komplisert. Fra kapittel 4 og 5 vet vi at det kan være utfordringer med teknologien i seg selv. Samtidig er kanskje sykepleiernes opplevelse av meldesystemets nytteverdi det viktigste for at de fortsetter å rapportere. Dette er også i tråd med undersøkelsen av sykepleieres bruk av et elektronisk meldesystem i to sykehus, der over 50 % av de spurte sier de ikke hadde tid til rapportering, og over 30 % av de spurte ikke fikk noen tilbakemelding på rapporten (Lederman m. fl. 2013).

Spørsmålet er for det første om avdelingslederen er «innrullert» i det nettverket som utgjøres av meldesystemet, og kvalitetsutvalget? Igjen, sett gjennom ANT, er det først når aktørene enes om en formålstjenlighet at den sosiale praksisen forandres. I dette tilfellet vil det bety at avdelingslederen anser meldesystemet som formålstjenlig i lokal kvalitetsforbedring, og at innholdet i rapportene samsvarer med noe avdelingslederen kan endre. Dette er avgjørende for muligheten til at informasjonen skrevet inn i rapportene blir til en kunnskapsbase om risiko som kjennetegner pasientbehandlingen. For det andre er spørsmålet om kvalitetsutvalget på bakgrunn av rapportene klarer å systematisere, analysere og få klinikker og avdelinger med på tiltak og endringer, helt ned til den enkelte avdelingsleder. For det tredje er spørsmålet om sykepleierne ser rapporteringen som formålstjenlig, gitt at rapporter ikke nødvendigvis leder til konkrete synlige tiltak på avdelingsnivå.

En organisasjon vil ikke endre eller tilpasse sine eksisterende arbeidsprosesser etter innføring av teknologi før det har skjedd en redistribusjon av praksis (Vikkelsø 2005). Meldesystemet i seg selv ser ikke ut til å drive prosessen som leder til en redistribusjon av praksis i form av læring i organisasjonen. Teknologien gir en fin mulighet til innsamling av data og kunnskapsdeling, men det er opp til sykehuset å utnytte denne muligheten. En tilbakemelding i form av en e-post der det står at rapporten er tatt til etterretning ikke fremstår for sykepleierne som et synlig merkbart tiltak.

### **6.2.2 Læringsnettverk på avdelingsnivå**

Sykepleierne beskriver en hverdag hvor avverging og håndtering av uønskede hendelser er en innarbeidet rutine. De beskriver at deres avdelinger i større grad er innstilt på daglig drift enn kunnskapsbygging. Fokuset på å få arbeidet utført bidrar til at ansatte verdsetter kunnskap om raske, effektive løsninger direkte relevant for pasientbehandlingen. Denne kunnskapen veier tyngre enn det mer tidkrevende arbeidet med å systematisere og bearbeide informasjon som

forteller noe om avdelingens arbeidsprosesser. I intervjuene opplevde jeg gjentakende diskusjoner om rutinebrudd som sykepleierne hadde opplevd uten at hendelsene nødvendigvis ble rapportert. Eksempelet med legens manglende visittgang viser den ofte subtile sammenhengen mellom en potensiell skade og hva som hendte. Dette har å gjøre med hva man i engelskspråklig litteratur kaller «normalizing deviance», det vil at rutinebrudd blir en vane (Banja 2010). I en praksis som tolererer rutinebrudd kan det som ikke er farlig der og da gjøre det vanskelig å avklare hva som er en «rapporteringsverdig» uønsket hendelse. Det å sette av tid til aktiviteter som kvalitetsforbedring og kvalitetssikring av pasientbehandlingen vil konkurrere med skiftende og uforutsette situasjoner som krever ad hoc løsninger. Ad hoc løsninger kan utarte seg til arbeidsvaner i en hverdag preget av høyt tempo og arbeidsprosesser som også kan involvere flere avdelinger og profesjonsgrupper. Slik vil de rapporterte hendelsene trolig bare belyse overflaten av de grunnleggende problemene (Hjort 2007; Reason 1995).

Institute of Medicine ved Page (2004) beskriver sykepleiernes arbeid som å vurdere pasienters tilstand, identifisere ønskelige mål for pasientbehandlingen, planlegge og implementere behandling for å oppnå målene, og re-evaluere pasienter for å sikre at behandlingen faktisk nådde målene. I denne prosessen gjøres det risikovurderinger og avveininger for å oppnå faglig forsvarlighet (Page 2004). Imidlertid påpeker både Institute of Medicine og Potter m. fl. (2004) at denne «lineære» prosessen ikke fanger kompleksiteten i den faktiske pasientbehandlingen. Sykepleiere prioriterer heller å fordele oppmerksomheten sin over flere oppgaver tilknyttet opptil flere pasienter på samme tid, der planlegging, vurdering, implementering og re-evaluering skjer om hverandre (Potter m. fl. 2004; Page 2004). På en spesialavdeling dreier dette seg om flerfoldige oppgaver tilknyttet behandlingen av en pasient. Tucker og Spear (2006) finner tre lignende kilder til kompleksitet i sykepleierens arbeid. En første kilde til kompleksitet ligger i pasientens skiftende tilstand. En andre kilde til kompleksitet ligger i sykepleierens koordineringsrolle som sikrer at pasienten får de tjenester den trenger fra andre profesjonsgrupper. Sykepleieren må slik stadig være oppmerksom på andre ansattes handlinger. En tredje årsak til kompleksitet kan kalles forstyrrelser. Forstyrrelser kan være medisiner og utstyr som ikke kommer frem, helsepersonell som ikke møter opp eller blir forsinket, eller at informasjon ikke når frem, er mangelfull eller direkte feil. Gitt slike kompliserende faktorer vil sykepleiere raskt innrette seg i et adaptivt handlingsmønster som løser utfordringene der og da. Erfarne sykepleiere er slik fleksible, problemløsende, og flinke til å kompensere for forstyrrelser i arbeidet. Forfatterne viser videre

til studier som finner at sykepleiere bruker kun mellom 31-44 prosent av arbeidstiden på direkte pasientkontakt. 34-49 prosent av tiden går til koordineringsarbeid i relasjon til pasientbehandlingen (Tucker og Spear 2006).

Drach-Zahavy og Somech (2011) mener å identifisere erfaringsbaserte vaner som bidrar til å danne intuitive handlingsmønstre for sykepleieres adferd. Grunnet organisasjonens kompleksitet med høyt arbeidspress, bemanningsproblemer, og «multitasking» vil sykepleiere utvikle egne taktikker eller praksiser for hva som er sikker pasientbehandling, eller for hvordan man tolker retningslinjer og prosedyrer. Disse fortolkningene mener forfatterne erstatter formelle retningslinjer for pasientbehandlingen. De implisitte handlingsmønstrene vil i sin tur forsterkes av personlige, sosiale og kontekstuelle faktorer i avdelingen som begrenser sannsynligheten for at sykepleierne vil oppdage eventuelle svakheter og feil ved deres tillærte adferd. Pasientbehandlingen stopper ikke opp selv om rutiner og retningslinjer ikke følges. Utfordringer må ordnes opp i fortløpende. «The show must go on». Forfatterne finner videre at noen sykepleiere har et sterkt forhold til sin profesjonalitet, som kan lede til en oppfatning at uønskede hendelser simpelthen ikke hender dem selv. Det kan også ligge en glemsels- eller vaneeffekt i at en hendelse kun fremstår som betydningsfull når den skjer. Dette betyr at en hendelse i etterkant ikke fremstår som like alvorlig som den kanskje var. Som mennesker blir vi fort vant med våre nære omgivelser, og tilpasser oss disse. Til sist mener forfatterne å finne at sykepleierne fokuserer på sikkerhet «kun når jeg blir observert». Forfatterne beskriver en selvforsterkende effekt av disse uformelle rutinene, som ledsages av yrkesstolthet og kompetansefølelse, konformitet og en slags organisatorisk stillhet om feil med dertil lav frekvens av rapporterte feil (Drach- Zahavy og Somech 2011).

Intuitive handlingsmønstre blant sykepleiere kan nok forebygge og avverge en del uønskede hendelser. Sykepleiere tenker på pasientens beste, men uønskede hendelser kan gjentas fordi de underliggende årsakene til at de forekommer ikke blir adressert. På sikt vil ikke pasientsikkerheten nødvendigvis forbedres grunnet intuitive handlingsmønstre. Aktiv kvalitetsforbedring lokalt utføres gjerne av fagutviklingssykepleiere i samarbeid med andre sykepleiere. Det utarbeides prosedyrer som brukes i pasientbehandlingen enten i en avdeling eller i flere avdelinger. Ingen av sykepleierne i mine intervjuer refererte noe sted til at rapportering av uønskede hendelser inngikk i dette arbeidet. Sykepleiere i min studie kunne derfor ikke sies å se på seg selv som en integrert del i kvalitetsforbedringen ved sykehuset.

I sykepleiernes hverdag forventes effektivitet og raske løsninger som ikke forsinker pasientbehandlingen. Det er viktigere å løse utfordringene på en god forsvarlig måte så langt det lar seg gjøre enn å optimalisere hvert steg i en planlagt prosess. Refleksjon over den underliggende kompleksiteten i arbeidet, i den hensikt å isolere og adressere problemområder, passer ikke nødvendigvis så godt inn i denne måten å arbeide på. Læring og kunnskapsdeling fremstår slik som en tilfeldig prosess, som i stor grad skjer muntlig i avdelingen. Bishop og Waring (2011) gjenkjenner slike nettverk, og påpeker at kommunikasjon og kunnskapsdeling er sentralt i lokale profesjonelle nettverk, som utvikler taktikker for å klare å utføre et arbeid påvirket av faktorer som nettverket ikke har kontroll over. Profesjonelle uformelle *læringsnettverk* representerer en læringsarena og kunnskapsbase som hele helsetjenesten er bygget på. Som oftest er ikke disse gruppene tverrfaglige, men representerer sterke profesjonsmessige bånd. Dette kan være en hindring for læring og rapportering, fordi kunnskapen forblir intern blant faggruppene (Bishop og Waring 2011).

### **6.2.3 Manglende involvering av meldesystemet**

Hvilke hendelser som var «rapporteringsverdige» var knyttet til forståelsen av meldesystemets funksjon. Sykepleierne beskrev at de rapporterte hendelser som oftest hadde ført til skade. Felles for disse situasjonene var at det var en opplevelse av dramatisk der og da som utløste rapporten. Sykepleierne beskrev at uønskede hendelser skjedde til stadighet i pasientbehandlingen, og at de mente hendelsene hadde noenlunde konkrete årsaker. Generelle rutinebrudd der andre ansatte og profesjonsgrupper forårsaker avbrudd og forstyrrelser ble på generelt grunnlag ikke rapportert. Siden personalet ikke rapporterer *alt* vil en uønsket hendelse slik i praksis være hva personalet bestemmer seg for at den er. Hvorvidt hendelsen rapporteres avhenger av hvordan personalet opplever omstendighetene omkring situasjonen. Rutinebrudd som enten leder til pasientskader, eller der det var overhengende fare for pasientskade, ble regnet som rapporteringsverdige. Sykepleierne relaterer uønskede hendelser til pasienthendelser, mens rutineavbrudd og forstyrrelser blir sett på som dagligdags, og ikke knyttet til et eksepsjonelt unntak i en planlagt prosess.

For å forstå sykepleiernes relasjoner til meldesystemet er det av betydning å forstå hvordan de har dannet seg en kunnskap om hva uønskede hendelser er, og hvorfor de skal rapportere dem. Som tidligere beskrevet virket sykepleierne som deltok i studien godt kjent med bruken av meldesystemet, og hadde forståelse for dets funksjon som rapporteringsverktøy. De beskriver imidlertid at det er behov for systematisk og gjentagende informasjon og opplæring om meldesystemet generelt, og klargjøring av hva som er rapporteringsverdig. Mangel på dette

kom frem ved at sykepleierne ikke refererte til sykehusets interne retningslinjer for rapportering. De refererte heller ikke til gjentatt informasjon om opplæring og bruk. Min studie viser at sykepleierne opplevde hovedsakelig kollegial opplæring omkring meldesystemets funksjon. Opplæringen virker å bero på tilfeldigheter avhengig av hvilken kunnskap og erfaring sidemannen har. Det virket som de mest erfarne sykepleierne beskrev at de de lærte opp andre sykepleiere i bruk av meldesystemet.

I en organisasjon blir ikke en rutine eller et begrepsinnhold noe alle har et felles forhold til uten videre. For å få en felles oppfatning av hva meldesystemet skal være og hva det skal brukes til må det antageligvis en større innsats til. Organisasjonens evne til kunnskapsbygging avspeiles i dens dyktighet til å skape ny kompetanse og spre denne i organisasjonen og artikulere den gjennom nye systemer og tjenester. Dette vil avgjøre hvorvidt organisasjonen er innstilt på læring og forbedring av arbeidsprosesser for å redusere risiko (Fivelsdal, Bakka, og Nordhaug 2007).

Å rapportere i EPJ inngår som en dagligdags arbeidsoppgave for sykepleierne. Meldesystemet brukes kun dersom det oppstår en uønsket hendelse. Er den uønskede hendelsen en pasientskade skal hendelsen noteres ned i pasientens journal, hvor man i tillegg noterer ned at det er skrevet en rapport i meldesystemet hvis dette ble gjort. Meldesystemet og EPJ er separate systemer som ikke er knyttet til hverandre. Pasientdata må manuelt legges til rapporten i meldesystemet i tillegg til et potensielt lengre notat om hendelsen. Pasient eller eventuelt nærmeste pårørende skal også orienteres om hendelsen. Dette kan forstås som en arbeidskrevende prosess i en allerede arbeidsintensiv hverdag. Enkelte av sykepleierne så på meldeplikten kun som en dokumenteringsplikt i journal. Hendelsene ble slik nedtegnet i sykepleierrapporten i journalsystemet, gitt at det var en pasientskade. Slik opplevde de å ha oppfylt sin meldeplikt, selv om de hadde kjennskap til meldesystemet. Dette kan skyldes manglende opplæring en misforståelse av hva som er dokumentasjon og hva som er rapportering.

Mye av litteraturen omkring uønskede hendelser (som vist i kapittel 2) beror på gjennomgang av journaler, der det viser seg at journalinformasjon ikke nødvendigvis gir et riktig bilde av mekanismene for uønskede hendelser. Hendelser som nedtegnes i EPJ vil kun avdekkes av en årvåken lege eller sykepleier som leser sykepleierrapporten, via en eventuell tilsynsaktivitet fra tilsynsmyndigheter, eller en systematisk gjennomgang ved hjelp av «global trigger tools». I

tillegg vil uønskede hendelser som ikke ledet til pasientskade ikke eksplisitt være nedtegnet i EPJ.

Sykepleierne beskrev altså ikke bruken av meldesystemet som en del av de dagligdagse arbeidsprosessene og de taktikkene som er innført for å løse arbeidshverdagen. Den muntlige diskusjonen omkring hendelsene var mer synlig, både mellom kollegaer og i avdelingsmøter. Min studie indikerer at hendelser ikke nødvendigvis fanges opp av både journalsystemet og meldesystemet. Mange hendelser ble kun diskutert muntlig fordi de representerte dagligdagse rutineavbrudd og forstyrrelser.

#### **6.2.4 Avdelingslederens ansvar**

Sykepleiernes avdelingsledere var den første mottageren av en rapport. For sykepleierne virker det ikke som meldesystemet inngår i noen form for synlig lokal kvalitetsforbedring bortsett fra når avdelingsleder diskuterte rapporterte hendelser på avdelingsmøter. Kun da fungerte meldesystemet i den nære avdelingskonteksten. I det utvalget jeg hadde, var det kun en av tre avdelingssykepleiere som hadde valgt en slik løsning. Sykepleiernes relasjon til meldesystemet virker i stor grad å påvirkes av hvordan ledelsen i avdelingen vektlegger rapportering av uønskede hendelser. Gitt hvordan sykepleierne beskriver manglende promotering av meldesystemet er det kanskje overraskende at hele en av tre avdelingssykepleiere faktisk anvendte meldesystemet til lokal bevisstgjøring og læring.

Sykepleierne beskrev at avdelingslederen i varierende grad bidro til lokalt kvalitetsarbeid på bakgrunn av rapporter. Snarere forstod sykepleierne det slik at rapportene gjerne gikk videre fra avdelingslederen til en høyere instans, muligens fordi en del rapporter involverte andre avdelinger eller profesjoner. Det virker som om ideen om at meldesystemet skal bidra til lokalt kvalitetsarbeid er underkommunisert. Her ligger også en mulig sårbarhet i meldesystemet slik det var implementert ved sykepleiernes avdelinger. Effekten av rapportering var avhengig av avdelingslederen. En avdelingsleder kan enten være dypt engasjert i kvalitetsarbeid eller se på dette som et mindre prioritert område.

#### **6.2.5 Tilbakemelding som monolog**

Tilbakemeldinger er meldesystemets måte å snakke med sykepleierne. Sykepleierne oppgir at meldesystemene er til som et forbedringsverktøy. *Noen* skal reagere på rapportene og rette opp i problemene. Men sykepleierne ser ikke at meldesystemet er en del av et synlig kvalitets- og forbedringsarbeid i deres lokale omgivelser. Det svekker deres forventninger til meldesystemets potensiale som forbedringsverktøy.



Tilbakemeldingen er veldig viktig for hvilken verdi sykepleierne ser i meldesystemet. Dersom tilbakemeldingen ikke har et innhold som er relatert til situasjonen og intensjonen bak rapporten har meldesystemet heller ikke gitt noe meningsfullt svar på hvorfor sykepleieren skal fortsette å rapportere. Sykepleierne mener også at de ikke får forklart seg, dersom rapportens innhold blir tolket annerledes i meldesystemet. Rapporter som ifølge sykepleieren feiltolkes, kan igjen medvirke til at rapporteringen fremstår som meningsløs. For sykepleierne var meldesystemet i stor grad et verktøy som kun henvendte seg til dem som en monolog.

## **6.3 Muligheter**

### **6.3.1 Involvere sykepleierne**

Med inspirasjon fra Lysgaards «Arbeiderkollektivet» (2001), kan sykepleierne passe inn i mønsteret av «arbeidere mot ledelse». Ledelsen forstår ikke deres virkelighet, og sykepleierne forstår ikke ledelsens virkelighet (Lysgaard 2001). Når sykepleierne ikke bruker meldesystemet kan man si at sykehusets plan for å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen forstyrres. Et sentralt meldesystem fordrer at sykepleierne rapporterer hendelser uten å vurdere om rapporteringen er viktig for dem selv. Ledelsen ønsker å endre pasientbehandlingen slik at den forløper uten systematiske problemer. Analysen som fører til endringer og tiltak trenger ikke være avhengig av noen direkte medvirkning fra den enkelte medarbeider. Sykepleierne vil ut fra et slikt synspunkt feiltolke sin egen posisjon. De vil mene de er en innvidd som har krav på delaktighet i analyser, vurderinger og endringer som følge av rapporter. Fra ledelsens synspunkt skal sykepleieren i prinsippet kun bli instruert i hvordan de skal endre egen praksis slik at feilene ikke skjer. De skal videre fortsette å rapportere uavhengig av om de kjenner seg involvert eller ikke. Sykepleierne vil fra sitt synspunkt oppfatte rapportering som ekstraarbeid. De forventer både umiddelbare tiltak og å være delaktige i kvalitetsarbeidet (tilbakemeldingen skal være relevant for rapporten). Når dette ikke skjer, stimuleres ikke motivasjonen til å rapportere.

Jeg oppfatter at kvalitetsutvalget ved sykehuset prøver å motvirke en slik innstilling, både fra ledelse og ansatte. Meldesystemet er jo ment å ha en lokal forankring gjennom avdelingsleder, og det oppmuntres til lokalt forbedringsarbeid. Krogstad og Saunes (2009) har i sin undersøkelse av meldesystemer i Norge påpekt at trenden er å prøve å dele kunnskapen fra meldesystemet for å stimulere til at flere rapporterer om uønskede hendelser. De mener at underrapportering av hendelser har vært forklart ut fra manglende anonymitet og frykt for sanksjoner, men finner at oppmerksomheten nå rettes mot tungvinte rapporteringsprosedyrer og mangel på respons og forbedringstiltak. De mener norske sykehus er i ferd med å slutte seg

til en internasjonal trend om at den primære hensikten med rapportering er læring. Videre er det lokale nivået det viktigste, gitt at det er der forbedring kan skje (Krogstad og Saunes 2009).

På bakgrunn av intervju- og observasjonsstudier av helsepersonell i to dagkirurgiske enheter påpeker Bishop og Waring (2011) at involvering av de lokale læringsnettverkene i arbeidet med kunnskapsdeling og forbedringer bidrar til en større effekt av meldesystemer. De finner at mye av den eksisterende litteraturen vektlegger at informasjon forblir lokal i etterkant av uønskede hendelser. Derfor mener forfatterne at det har vært fokus på innføring av meldesystemer for å dokumentere lokal praksis og årsaker til at uønskede hendelser oppstår, for slik dele lokal informasjon med resten av organisasjonen. Hvis meldesystemer representerer et system som avdelingen mater med informasjon, men ikke opplever å få informasjon tilbake, vil effekten oppleves som marginal (utover å dele bekymringer). Forfatterne mener man i stedet bør lede oppmerksomheten til betydningen av lokale læringsnettverk, som har en viktig rolle i daglige beslutningsprosesser, problemløsning og pasientsikkerhet. Det lokale læringsnettverket er bygget på tillit, en delt forståelse av klinisk kunnskap og roller, sammenfallende motiver og oppmerksomhet over operasjonelle prosesser og en underliggende kollegialitet (Bishop og Waring 2011). Med utgangspunkt i mine funn kan det også ligge mye å hente ved å involvere det lokale læringsnettverket for å utnytte den lokale evnen til å arbeide pasientsikkert. Man har nå på sykehus flere steder i Norge, etter påtrykk fra pasientsikkerhetskampanjen, startet med sjekklister i operasjonsalen (Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten 2013). Deilkås og Hofoss (2010) har i sin spørreundersøkelse ved Akershus universitetssykehus vist til at pasientsikkerhetskulturer varierer fra avdeling til avdeling, og at pasientsikkerhetskultur bør studeres på avdelingsnivå, eller aller helst ned til grupper av ansatte, da et slikt mikronivå i organisasjonen kan ha mye å si for den faktiske risikoen i pasientbehandlingen (Deilkås og Hofoss 2010).

### **6.3.2 Utnytte den lokale kunnskapen**

De uønskede hendelsene antas å være bare toppen av isfjellet og utslaget av dyperegående prosesser i organisasjonen (Reason 1997). Skal meldesystemet bidra til læring og kunnskapsdeling for å adressere egentlige årsaker til at uønskede hendelser skjer, må det makte å fange og analysere kompleksiteten i pasientbehandlingen. I den «spisse enden» av organisasjonen finner man de synlige konsekvensene av de valgene og vurderingene som er gjort med hensyn til organisering og behandling. Sykepleierne har på sin side utviklet egne taktikker for å håndtere disse konsekvensene av praktiske pasientbehandlingen. Kunnskapen

om håndteringen av uforutsette utslag av vurderingene, som er gjort på høyere nivå i organisasjonen, ligger hos de ansatte i form av deres lokale læringsnettverk for kunnskapsdeling og læring. Det kan ligge et stort potensiale i å utnytte det at sykepleiere besitter kunnskap og ferdigheter som i seg selv bidrar til sikkerhet i pasientbehandlingen. Henriksen m. fl. (2008) mener at ansatte i helsesektoren, som i høyrisikoindustri for øvrig, kjennetegnes av årvåkenhet omkring arbeidet. Dette er ett sett av ferdigheter som gjør at individer er oppmerksomme på risikofaktorer ved pasientbehandlingen. Forfatterne foreslår at sykepleiere bør anerkjennes for på slike ferdigheter. Slik årvåkenhet kjennetegnes av at sykepleierne deler bekymringer for mulige risikofaktorer med kollegaer og kan være åpne for å akseptere informasjon som bryter med den rådende oppfatningen av pasientsikkerheten ved avdelingen. Dette henger sammen med ikke å akseptere for enkle forklaringsmodeller om hvorfor hendelser forekommer. For eksempel finner vi at sykepleierne i mine intervjuer opplever tilbakemeldingene som lite representative for hva de egentlig ønsket å formidle med en rapport. Videre er sykepleiere også årvåkne med hensyn til oversikt og kontroll over pasientbehandlingen, og kan forutse og planlegge oppgaver slik at de er i forkant av potensielle problemer. Sykepleiere er også i en unik posisjon for å fordele ekspertise der det er mest behov for den siden de er nær pasientene (Henriksen m. fl. 2008). Som vist i kapittel 4 og 5 virker dette også å stemme overens med sykepleiernes diskusjoner og betraktninger, da de gjengitte eksemplene viser en stor grad av ansvarlighet for pasienten, med en oversikt og evne til å sørge for pasientens beste. Dette er også i samsvar med Olsvolds (2010) definisjon av sykepleieres aktørskap (Olsvold 2010). Men disse ferdighetene ser ikke ut til bli utnyttet til systematisk læring, kunnskapsproduksjon og kunnskapsdeling, hverken på avdelingsnivå eller på tvers av avdelinger.

I Waring og Curries (2011) studie om legers forhold til meldesystemer fremgår det at der visse medisinske spesialiseringer hadde laget sitt eget lokale meldesystem. De hadde selv utviklet systemet, hadde jevnlig rapporter og møter, som også inkluderte ledelsen, men der rapportene var anonymisert. Dette meldesystemet ble betraktet som trygt, og fjernet skyldspørsmålet med hensyn til ledelsen. Legene ble selv delaktige i arbeidet med kvalitetsforbedring (Waring og Currie 2011). Motsatsen til lokale systemer er sentrale meldesystemer som gjelder for alle avdelinger ved samme sykehus. Det å involvere flere eller alle ansatte direkte i arbeidet med innsamling av rapporter, analyse og gjennomgang ved jevnlig møter ville ifølge den ovennevnte studien kunne hatt en annen effekt enn mine sykepleieres beskrivelser av å skrive en rapport og ikke oppnå ønsket respons.

### 6.3.3 Avdelingslederens betydning

Studier av meldesystemer har fokusert mye på manglende rapportering som en konsekvens av frykt for sanksjoner, gitt at meldesystemer ikke er anonymiserte. Dette er knyttet til fordeling av skyld på individnivå, som i mindre grad fokuserer på latente faktorer som ligger til grunn for at feil oppstår (Pfeiffer, Manser, og Wehner 2010). Rowley og Waring (2011) viser også til at forskning omkring bruk av meldesystemer fokuserer på helsepersonellet manglende rapporteringsvilje. Forskningen fokuserer på at personellet lar være å rapportere grunnet fare for reprimander og sanksjoner. De påpeker flere faktorer som bør være på plass for å skape en pasientsikkerhetskultur. En pasientsikkerhetskultur innebærer en felles mentalitet og holdning i organisasjonen relatert til sikkerhet, og inkluderer konsepter som bevisstgjøring av fareelementer, betydningen av en systematisk tilnærming, åpenhet, tillit og deling av informasjon, og å inneha en reflektert holdning til sikkerhet (Rowley og Waring 2011). Slike faktorer vil nødvendigvis være avhengig av ledelsen. Betydningen av avdelingslederen i arbeid for å bedre pasientsikkerheten er stor.

Mine funn viser at avdelingslederen virker å være den eneste synlige representanten for meldesystemet sett fra sykepleiernes side. Avdelingslederen er midlertidig også deres nærmeste administrative leder, med både formelt fag- og personalansvar. Konseptet med avdelingsleder som første mottaker og behandler av en rapport kan sies å bryte med en av Billings (1998) anbefalinger for meldesystemer:

*«The second requirement is for a respected body, one independent of the influences of the other stakeholders to conduct the collection and analysis of data. This is an absolute requirement»* (Billings 1998, 52).

Billings (1998) påpeker at flere organisasjoner lar den instansen som er ansvarlig for aktivitetene det rapporteres om samtidig tolke og analysere rapporter om aktivitetene. Det å anta at selvjustis leder til at tiltak og endringer kan være problematisk. Billings går så langt til å si at meldesystemet må forbli en objektiv og nøytral tredjepart (Billings 1998). Dette synet reflekteres også av Leape (2002), som foreslår at meldesystemer skal være sanksjonsfrie, konfidensielle og uavhengige, som også støttes av anbefalinger fra WHO (Leape 2002; WHO 2005a). Med dette som utgangspunkt hevder jeg implementeringen av meldesystemet på dette sykehuset møter to problemer.

Det ene problemet er at slik meldesystemet er lagt opp, er avdelingslederen første mottaker av en rapport og den som er ansvarlig for det lokale kvalitetsarbeidet i forbindelse med

pasientbehandlingen. Avdelingslederen er slik tilegnet ansvaret for lokal kvalitetsforbedring som foregår gjennom meldesystemet. Avhengig av mengden og typen rapporter, og villigheten til å respondere på dem, styrer avdelingslederen lokalt kvalitetsarbeid *utenfor* de uformelle læringsnettverkene. De hendelsene som faktisk blir rapportert opplever sykepleierne å få en marginal tilbakemelding på. Billings (1998) tredje anbefaling for meldesystemer er å sikre at ekspertisen som besvarer rapporten forstår virkeligheten til den som rapporter.

*«These systems cannot be run with a couple of clerks and a keypunch operator. For any useful degree of understanding of the reports, incident reporting requires expertise at the South end equal to that which was on the North end (...）」* (Billings 1998, 52).

Avdelingslederen har kjennskap til sykepleiernes virkelighet, men har avdelingslederen kapasitet til å følge opp rapportene? Man kan derfor spørre seg om det er hensiktsmessig om avdelingsleder skal behandle alle rapporter. Dersom avdelingslederen representerer den eneste portalen til delt kunnskap kan dette være en begrensning ved meldesystemet som verktøy for kvalitetsforbedring. Arbeidet med kvalitetsforbedring ved disse avdelingene kunne muligens ha behov for lokale tverrfaglige kvalitetsgrupper. Dette kunne kanskje skapt avlastning for avdelingslederen, og bidratt til mer fokus på å lære av rapporterte hendelser. I tillegg kan det tenkes at kvalitetsutvalget kunne lagt til rette for samhandling mellom slike kvalitetsgrupper i analysearbeidet. Gjennom pasientsikkerhetskampanjen (2011-2013) er det foreslått å adressere noen punkter relevant for denne diskusjonen. Kampanjen vektlegger bruk av tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter i avdelingene mellom ledelse og personale i ulike faggrupper. Kampanjen ønsker også at den øverste faglige ledelsen gjennomfører en dybdeundersøkelse ved pasientskader (Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten 2011-2013).

Det andre potensielle problemet som oppstår ved å bruke avdelingsleder som mottaker for rapporter er opplevelsen av mulige sanksjoner. Sykepleierne i mine intervjuer påpeker at de generelt ikke er redde for sanksjoner, men at de ikke vil rapportere kollegaer. Avdelingslederen sitter med kunnskap om hendelser knyttet til ansatte, men det virker som dette kun oppleves som problematisk dersom kolleger er involvert. Sorra og Dyer (2010) har gjennom spørreundersøkelser om pasientsikkerhet via 331 sykehus i USA funnet en sterk korrelasjon mellom gjentagende rapportering og informasjon om endringer og tiltak som var

iverksatt som en respons på rapporter. Et overraskende funn var den svake korrelasjonen mellom rapporteringsfrekvens og frykt for sanksjoner (Sorra og Dyer 2010).

## **6.4 Avslutning**

### **6.4.1 Å skape en lærende organisasjon tar tid**

Fra sykepleiernes beskrivelser av hvordan meldesystemet ble anvendt kan man si at i deres avdelinger var de fremdeles i begynnelsen av arbeidet med å bruke rapporter aktivt i en kvalitetsforbedringsprosess. Forankringen lokalt var kun i avdelingslederen. Sykepleierne hadde en oppfatning av hva de selv rapporterte men hadde ikke nødvendigvis oversikt over forekomsten av uønskede hendelser og rapporteringsfrekvensen ved sin egen avdeling. Dette er nok ikke et ukjent fenomen i norske sykehus. En landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i norske sykehus fant at det var stor variasjon i andelen av sykepleiernes tillit til at foretaksledelsen responderte på rapporterte hendelser. Generelt sett tydet resultatene på en sviktende tillit til at foretaksledelsen løste problemer knyttet til pasientbehandling og sikkerhet (Sjetne 2011).

Billings (1998) sier at den første forutsetningen for at et meldesystem skal fungere er at organisasjonen er innstilt på endring. Endringen i dette tilfellet er å bruke meldesystemet aktivt for å lære av uønskede hendelser (Billings 1998). Det kan være vi er vitne til en innledende fase av systematisk kvalitetsforbedring, der tiltak og endringer kan følge av læring og kunnskapsdeling gjennom meldesystemet. For sykepleiere virker det uklart hvem som leder dette arbeidet. Er det avdelingslederen, kvalitetsutvalget eller noen andre?

Jeg stilte meg selv spørsmålet om hva et meldesystem egentlig er. Min forforståelse av meldesystemet lignet på det sykepleierne beskriver, altså at et meldesystem er et informasjonsgrunnlag for kvalitetsforbedring. Etter å ha analysert sykepleiernes beskrivelser av hvordan meldesystemet fungerer lokalt, konkluderer jeg med at det er begrenset hvor mye dette meldesystemet kan bidra til kvalitetsforbedring. Dette hevder jeg skyldes måten arbeidet utføres på i et sykehus. Som vi ser av sykepleiernes beskrivelser er det lite formaliserte tverrfaglige samarbeidsarenaer, der man kontinuerlig forbedrer eksisterende arbeidsprosesser på bakgrunn av systematisk evaluering. I hvilken grad et meldesystem *kan* brukes til kvalitetsforbedring beror på hvordan informasjonen håndteres. Vincent (2007) mener meldesystemer er overvurdert som verktøy for å *måle* pasientsikkerheten. Rapportering representerer i større grad det å foreta en stikkprøve av hendelser fra pasientbehandlingen, enn det å gjøre en systematisk datainnsamling om frekvens, årsak og effekt. Rapportering vil alltid

bare være komplementært til annen datainnsamling. For eksempel vil rapporteringssystemer i luftfart kun gi advarsler som anses som tilleggsinformasjon i sikkerhetsarbeidet, mens det er databaser med systematisk innsamlet informasjon over flere år som understøtter sikkerheten. Vincent mener videre at det bør være et større fokus på få, men større analyser av hendelser enn kun å samle inn flest mulig hendelser. Innen helsetjenesten bør man tilstrebe å klassifisere årsak og effekt fra flere kilder heller enn det å vektlegge kun et rapporteringssystem, slik at man i større grad kan overvåke risikoområder i pasientbehandlingen (Vincent 2007).

Det tar tid å innarbeide læring i en sykehusorganisasjon. Å frigjøre tid til refleksjon, læring og kursing og å legge til rette for kunnskapsdeling er viktige tiltak (Page 2004). En arbeidsmetode som har ledet til utviklingen av en lærende organisasjon er Toyota Production System, som tok fem tiår å innarbeide. Denne metoden er mye referert til grunnet dens suksess med å skape en organisasjon der effektiv produksjon skjer i kontinuerlig forbedring kombinert med respekt for de ansatte. Kjennetegnet for denne arbeidsmetoden er at den er en så integrert del av arbeidsprosessene at de ansatte ikke kan uttrykke hva metoden er, selv om det er åpenbart at de arbeider etter den (Spear og Bowen 1999).

Min studie viser en diskrepans mellom den uttalte intensjonen med meldesystemet og sykepleiernes faktiske bruk og forståelse av meldesystemet som informasjonsgrunnlag for kvalitetsforbedring. Informasjonen i meldesystemet kan ikke alene bidra til kvalitetsforbedring i et sykehus, men det har imidlertid et stort potensiale. Utfordringen er i større grad å stimulere til lokal involvering og tverrfaglig samarbeid slik at rapportering oppleves som verdifullt. For å få praktisk nytte av meldesystemet vil det være viktig at ledere på avdelingsnivå viser at meldesystemet kan være en viktig informasjonskilde for å avdekke risikoområder ved avdelingens drift. Videre er det avgjørende at avdelingsledere eller andre instanser i meldesystemet vektlegger sykepleiernes rapporter ved å gi tilbakemeldinger som oppleves som meningsfulle for sykepleierne. For avdelingslederens del vil det være viktig at arbeidet med rapporter ikke blir et ressursproblem med hensyn til tid og krefter. Denne oppgavens funn tilsier at tiltak som utføres åpent og inkluderende på bakgrunn av rapporterte uønskede hendelser vil stimulere til økt rapportering blant sykepleierne. Målet med meldesystemet er å øke pasientsikkerheten ved å lære av hendelser som medførte, eller kunne ha medført pasientskade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Å arbeide med å redusere barrierer for å melde, og å bygge opp under systemer som fremmer at sykepleiere rapporterer, vil bidra til å skape lærende organisasjoner som fremmer pasientsikkerheten ved avdelingen og sykehuset.

#### **6.4.2 Forslag til videre arbeid**

Det kan tenkes flere muligheter for å arbeide videre med funnene i denne studien. En mulighet er å utføre fokusgruppeintervjuer med både leger og sykepleiere for å avdekke flere nyanser knyttet til mulighetene for bruk av rapporter om uønskede hendelser til kvalitetsforbedring. Det kunne også være nyttig å studere sykepleiere og leger ved observasjonsstudier for å avdekke hvordan arbeidsprosesser henger sammen. Da kunne man over tid observerte hendelser utspille seg i praksis, og hvordan de blir rapportert, analysert og besvart. En tekstanalyse av de rapporterte hendelsene og tilbakemeldingene kan også gi verdifull informasjon om hvordan innholdet i det som rapporteres henger sammen med tilbakemeldingene som gis. Her kan man også finne rapporter som ledet til en endring av praksis, for å se nærmere på hva som fremmer og hemmer slike prosesser.



## Litteraturliste

- Aanestad, M. 2003. "The Camera as an Actor: Design-in-Use of Telemedicine Infrastructure in Surgery." *Computer Supported Cooperative Work* 12:1-20.
- Aanestad, M., og I. Olaussen. 2010a. *IKT og samhandling i helsesektoren*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- . 2010b. "Tverrfaglig teknologiforskning." I *IKT og samhandling i helsesektoren*, (red.) M. Aanestad og I. Olaussen. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Aase, K. 2010a. "Pasientsikkerhet - hendelser, begreper og omfang." I *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*, (red.) K. Aase, 17-29. Oslo: Universitetsforlaget.
- . 2010b. *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K., og S. Wiig. 2010. "Skape og opprettholde et lærende helsevesen?" I *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*, (red.) K. Aase, 59-73. Oslo: Universitetsforlaget.
- Banja, J. 2010. "The normalization of deviance in healthcare delivery." *Business Horizons* 53 (2):139.
- Barach, P. 2011. "Foreword." I *A Socio-cultural Perspective on Patient Safety*, (red.) E. Rowley og J. Waring, xi-xv. Surrey: Ashgate Publishing limited.
- Battles, J. B., H. S. Kaplan, T. W. Van der Schaaf, og C. E. Shea. 1998. "The attributes of medical event-reporting systems: experience with a prototype medical event-reporting system for transfusion medicine." *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 122 (3):231-8.
- Benn, J., M. Koutantji, L. Wallace, P. Spurgeon, M. Rejman, A. Healey, og C. Vincent. 2009. "Feedback from incident reporting: information og action to improve patient safety." *Quality & Safety in Health Care* 18 (1):11-21.
- Berg, M. 1999. "Patient care information systems og health care work: a sociotechnical approach." *International Journal of Medical Informatics* 55 (2):87-101.
- Billings, C. 1998. "Incident Reporting Systems in Medicine og Experience With the Aviation Safety Reporting System" I *A Tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety*, (red.) R. Cook, D. Woods og C. Miller, 52-61. Chicago: National Patient Safety Foundation of the AMA.
- Bishop, S., og J. Waring. 2011. "Exploring the Contributions of Professional-Practice Networks to knowledge Sharing, Problem-Solving og Patient Safety." I *A Socio-cultural Perspective on Patient Safety*, (red.) E. Rowley og J. Waring, 151-167. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Blais, R., D. Bruno, G. Bartlett, og R. Tamblyn. 2008. "Can We Use Incident Reports to Detect Hospital Adverse Events?" *Journal of Patient Safety* 4 (1):9-12.
- Braun, V., og V. Clarke. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2): 77-101.
- Braut, G. S., og J. Holmboe. 2010. "Den norske helsetjenesten - struktur og kultur i et sikkerhetsperspektiv." I *Pasientsikkerhet-teori og praksis i helsevesenet*, (red.) K. Aase, 30-56. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brennan, T. A., L. L. Leape, N. M. Laird, L. Hebert, A. R. Localio, A. G. Lawthers, J. P. Newhouse, P. C. Weiler, og H. H. Hiatt. 1991. "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I." *New England Journal of Medicine* 324 (6):370-6.
- Bruheim, M. 2008. Fatale feil. *Sykepleien* 96 (3): 36-40.
- Callon, M. 1991. "Techno-Economic Networks and Irreversibility." I *A Sociology of Monsters. Essays on Power, Technology, and Domination.*, (red.) J. Law, 132-161. London: Routledge.
- Chopra, V., J. G. Bovill, J. Spierdijk, og F. Koornneef. 1992. "Reported significant observations during anaesthesia: a prospective analysis over an 18-month period." *British Journal of Anaesthesia* 68 (1):13-7.
- Classen, D. C., R. Resar, F. Griffin, F. Federico, T. Frankel, N. Kimmel, J. C. Whittington, A. Frankel, A. Seger, og B. C. James. 2011. "'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured." *Health Affairs* 30 (4):581-9.
- Cooper, J. B., R. S. Newbower, C. D. Long, og B. McPeck. 1978. "Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors." *Anesthesiology* 49 (6):399-406.
- Deilkås, E. 2010. *Patient safety culture - opportunities for healthcare management*, Doktorgrad, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

- Deilkås, E., og D. Hofoss. 2010. "Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture." *BMC Health Services Research* 10:85.
- Deilkås, E. T. 2011. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2010. *Nasjonal pasientsikkerhetskampanje 2011-2013*, [http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/M%C3%A5linger/Artikler/\\_attachment/629?\\_ts=134a8eef5ef](http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/M%C3%A5linger/Artikler/_attachment/629?_ts=134a8eef5ef).
- . 2013. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool i Norge 2012, [http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/M%C3%A5linger/Artikler/\\_attachment/2554?\\_ts=141555ac1e2](http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/M%C3%A5linger/Artikler/_attachment/2554?_ts=141555ac1e2).
- Drach- Zahavy, A., og A. Somech. 2011. "Narrowing the Gap Between Safety Policy and Practice: The Role of Nurses' Implicit Theories and Heuristics." I *A Socio-cultural Perspective on Patient Safety*, (red.) E. Rowley og J. Waring, 51-69. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Evans, S. M., J. G. Berry, B. J. Smith, A. Esterman, P. Selim, J. O'Shaughnessy, og M. DeWit. 2006. "Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study." *Quality & Safety in Health Care* 15 (1):39-43.
- Finlay, L. 2006. "Mapping Methodology." I *Qualitative Research for Allied Health Professionals: Challenging Choices*, (red.) L. Finlay og C. Ballinger, 9-29. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Fivelsdal, E., J.F. Bakka, og O. Nordhaug. 2007. *Organisasjon og ledelse*. 2. opplag, 4.utg. Oslo: Cappelen Forlag
- Guillermín, M., og K. Heggen. 2009. "Rapport and Respect: negotiating ethical relations between researcher and participant." *Medicine Health Care and Philosophy* 12 (3):291-9.
- Hanseth, O., og E. Monteiro. 1997. "Inscribing behaviour in information infrastructure standards." *Accounting, Management and Information Technologies* 7 (4):183-211.
- Hartnell, N., N. MacKinnon, I. Sketris, og M. Fleming. 2012. "Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study." *British Medical Journal Quality and Safety* 21 (5):361-8.
- Heggen, K., og T. I. Fjell. 1998. "Etnografi." I *Spørsmålet bestemmer metoden* (red.) M. Lorensen, 66-90. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2010-2011. 42 Meldeordning for spesialisthelsetjenesten prop.91. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/42.html?id=639378>.
- . 2011. Situasjonen i dag. *Fremtidens helsetjeneste Pasientsikkerhet*, <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/pasientsikkerhet/detalj/>.
- . 2012-2013. Meld. St. 10 God kvalitet - trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
- Helseforskningsloven. 2008. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, <http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html>.
- Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m. v., <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Helsetilsynet. 2001. Internkontroll i sykehus - med hovedvekt på kvalitetsutvalgenes funksjon i virksomhetenes interne avviksbehandling, <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Landsomfattende-tilsyn/Internkontroll-kvalitetsutvalget/>.
- Henriksen, K., E. Dayton, M. A. Keyes, P. Carayon, og R. Hughes. 2008. "Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework." I *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, (red.) R. G. Hughes. Rockville (MD).
- Hjort, P. F. 2004. Uheldige hendelser i helsetjenesten, Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- . 2007. *Uheldige hendelser i helsetjenesten*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Høyland, S. 2010. "Rapportering av uønskede hendelser." I *Pasientsikkerhet-teori og praksis i helsevesenet*, (red.) K. Aase, 99-111. Oslo: Universitetsforlaget.

- Jensen, T.E. 2005. "'Aktør-netværksteori - Latours, Callons og Laws materielle semiotik'." I *Sosialkonstruktivistiske analysestrategier*, (red.) A. Esmark, Laustsen, C. og N.Å. (red.) B. og Andersen, 185-210. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Justesen, L. 2005. "Dokumenter i netværk." I *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv*, (red.) M. Järvinen og N. Mik-Meyer, 215-234. København: Hans Reitzels Forlag.
- Karga, M., P. Kiekkas, D. aretha, og C. Lemonidou. 2011. "Changes in nursing practice: associations with reponses to and coping with errors." *Journal of Clinical Nursing* 20:3246-3255.
- Kingston, M. J., S. M. Evans, B. J. Smith, og J. G. Berry. 2004. "Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis." *Medical Journal Australia* 181 (1):36-9.
- Knizek, B. L. 1998. "Intervju-design og perspektiv." I *Spørsmålet bestemmer metoden*, (red.) M. Lorensen. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kohn, L.T., J.M. Corrigan, og M.S. Donaldson. 2000. *Too err is human: building a safer health system*, Institute of Medicine. Waschington DC: National Academy Press.
- Krogstad, U., og I.S. Saunes. 2009. Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasientsikkerhetsarbeid-i-norske-sykehus>.
- Krueger, R.A. , og M.A. Casey. 2009. *Focus groups. A practical guide for applied research*. 4 utg. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Kvale, S., og S. Brinkmann. 2010. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademiska.
- Latour, Bruno. 1987. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*: Milton Keynes: Open University Press.
- Law, J. 1992. Notes on the Theory of the Actor Network: Ordering, Strategy and Heterogenity. 5 (4): 379-393, <http://www.heterogeneities.net/publications/Law1992NotesOnTheTheoryOfTheActorNetwork.pdf>.
- . 2007. Actor Network Theory and Material Semiotics, <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2007ANTandMaterialSemiotics.pdf>.
- . 2008. "On sociology and STS." I *The Sociological Review* 56(4):623-649.
- Leape, L.L. 2002. "Reporting of adverse events." *The New England Journal of Medicine* 347 (20):1633-8.
- Lederman, R., S. Dreyfus, J. Matchan, J. C. Knott, og S. K. Milton. 2013. "Electronic error-reporting systems: A case study into the impact on nurse reporting of medical errors." *Nursing Outlook*: 1-10.
- Lysgaard, S. 2001. *Arbeiderkollektivet*. 3 utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. 2012. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mengis, J., og D. Nicolini. 2011. "Challenges to Learning from Clinical Adverse Events: A study of Root Cause Analysis in Practice." I *A Socio-cultural Perspective on Patient Safety*, (red.) E. Rowley og J. Waring, 171-188. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Mogensen, T., og B. L. Pedersen. 2003. "Patientsikkerhed - hvorfor nu det?" I *Patientsikkerhed - fra sanktion til læring*, (red.) T. Mogensen og B. L. Pedersen, 19-29. København: Munksgaard Danmark.
- Molven, O. 2009a. *Helse og jus: en innføring for helsefag*. 6 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- . 2009b. "Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet-Statens helsetilsyns tilnærming." *Lov og rett* 48 (1):3-26.
- Molven, O., og G. A. Gammeltvedt. 2012. Helsepersonellets varslingsplikt etter helsepersonelloven § 17. 1-24, [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2012/helsepersonells\\_varslingsplikt\\_molven\\_grammel.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2012/helsepersonells_varslingsplikt_molven_grammel.pdf).
- Monteiro, E. 2000. "Actor-Network Theory and Information Infrastructure." I *From Control to Drift* (red.) C. U. Ciborra, 71-83. New York: Oxford University Press.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2011-2013. Pasientsikkerhetskampanjen: Veileder for Ledelse av pasientsikkerhet. Oslo: Kunnskapsenteret, [http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Materiell/\\_attachment/485?\\_ts=132c8afafb](http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Materiell/_attachment/485?_ts=132c8afafb)

- . 2013. Pasientsikkerhetskampanjen: Sjekkliste redder liv, <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Erfaringer+fra+praksis+-+trygg+kirurgi/Sjekkliste+redder+liv.1824.cms>.
- Olsen, E. 2007. "[Workers' perceptions of safety culture at a hospital]." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 127 (20):2656-60.
- Olsvold, N. 2010. *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus.*, Doktorgrad, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Orvik, A. 2004. *Organisatorisk kompetanse- i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Page, A. 2004. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington DC: The National Academies Press.
- Pfeiffer, Y., T. Manser, og T. Wehner. 2010. "Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework." *Quality & Safety in Health Care* 19 (6):e60.
- Polit, D. F., og C. T. Beck. 2008. *Nursing Research*. 8 utg. Philadelphia: Lippincott.
- Potter, P., S. Boxerman, L. Wolf, J. Marshall, D. Grayson, J. Sledge, og B. Evanoff. 2004. "Mapping the nursing process: a new approach for understanding the work of nursing." *The Journal of Nursing Administration* 34 (2):101-9.
- Reason, J. 1995. "Understanding adverse events: human factors." *Quality in Health Care* 4 (2):80-9.
- . 1997. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Hampshire: Ashgate Publishing Limited.
- Repstad, P. 2009. *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reuyter, K., R. Førde, og J.H. Solbakk. 2010. *Medisinsk og helsefaglig etikk*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rowley, E., og J. Waring. 2011. *A Socio-cultural Perspective on Patient Safety*. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Sari, A. B., T. A. Sheldon, A. Cracknell, og A. Turnbull. 2007. "Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review." *British Medical Journal* 334 (7584):79.
- Schuster, P. M., og L. Nykolyn. 2010. *Communication for Nurses: How to Prevent Harmful Events and Promote Patient Safety*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Sexton, J.B., E.J. Thomas, og R.L. Helmreich. 2000. "Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys." *British Medical Journal* 320 (7237):745-9.
- Silverman, D. 2006. *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. 3 utg. London: Sage.
- Sjetne, I.S. 2011. Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009, <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/hverdagsbeskrivelser-fra-norske-sykehus.resultater-etter-en-landsomfattende-unders%C3%B8kelse-blant-sykepleiere-i-2009>.
- Sorra, J. S., og N. Dyer. 2010. "Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture." *BMC Health Services Research* 10:199.
- Spear, S., og H. K. Bowen. 1999. Decoding the DNA of the Toyota Production System. *Harvard Business Review*, 97-106.
- Sykepleierforbundet. 2008. *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/135908/Faglig>.
- . 2009. *Faglig uforsvarlig sykepleie*. <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/283680/Faglig-uforsvarlig-sykepleie>.
- . 2013. *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. [https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig\\_forsvarlighet.pdf](https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf).
- Thagaard, T. 2010. *Systematikk og innlevelse*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Tucker, A. L., og S. J. Spear. 2006. "Operational failures and interruptions in hospital nursing." *Health Services Research* 41 (3 Pt 1):643-62.
- Vikkelsø, S. 2005. "Subtle Redistribution of Work, Attention and Risks: Electronic Patient Records and Organisational Consequences." *Scandinavian Journal of Information Systems* 17 (1): 3-30.

- Vikkelsø, S., og S. Vinge. 2004a. *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvesenet*. 1 utg. København: Handelshøjskolens Forlag.
- . 2004b. "Udforskning af arbejdspraksisser." I *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvesenet* (red.) S. Vikkelsø og S. Vinge, 43-62. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Vincent, C. 1997. Risk, safety, and the dark side of quality. *British Medical Journal* 314 (7097): 1775-6,
- . 2007. "Incident reporting and patient safety." *British Medical Journal* 334 (7584):51.
- Waring, J. 2007. "Adaptive regulation or governmentality: patient safety and the changing regulation of medicine." *Sociology of Health & Illness* 29 (2):163-79.
- Waring, J., og G. Currie. 2011. "The Politics of Learning: The Dilemma for Patient Safety." I *A Socio-cultural Perspective on Patient Safety*, (red.) E. Rowley og J. Waring, 133-150. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Westphal, D. W., M. P. Forbes, og P. Barach. 2010. "Pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv: status, utfordringer og fremtidens ideal." I *Pasientsikkerhet-teori og praksis i helsevesenet*, (red.) K. Aase, 255-283. Oslo: Universitetsforlaget.
- WHO. 2004. *Patient safety*. World Health Organization.  
<http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>.
- . 2005a. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. *From Information to Action*, [http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reportings\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reportings_Guidelines.pdf).
- . 2005b. World Alliance for Patient Safety.  
[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf).
- Wibeck, V. 2011. *Fokusgrupper*. Malmø: Victoria Wibeck och Studentlitteratur.
- Wu, J. H., W. S. Shen, L. M. Lin, R. A. Greenes, og D. W. Bates. 2008. "Testing the technology acceptance model for evaluating healthcare professionals' intention to use an adverse event reporting system." *International Journal for Quality in Health Care* 20 (2):123-9.

## Vedlegg 1: Prosjektvurdering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr: 985 371 884

Nina K. Vøllestad  
Institutt for helse og samfunn  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1130 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 09.03.2012

Vår ref: 29654 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.02.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

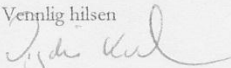
29654	<i>Arvøikshåndtering i helsetjenesten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nina K. Vøllestad</i>
Student	<i>Astrid Singstad Roald</i>

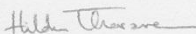
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Astrid Singstad Roald, Jacob Aallsgate 1B, 0368 OSLO

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29654

Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

## **Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt**

### **Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet**

#### **«Avvikshåndtering i helsetjenesten»**

##### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie for å se på hvilke erfaringer du har med uønskede hendelser og håndtering av avvik i det daglige arbeidet ved en sykehusavdeling. Studien er en del av mitt mastergradstudium i helsefagvitenskap, Avdeling for helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Jeg har selv erfaring som intensivsykepleier fra arbeid ved en postoperativ overvåkningsavdeling. Min erfaring er at det i ulik grad rapporteres uønskede hendelser. De avvikene jeg har rapportert fikk jeg ulik grad av tilbakemelding på. Har du liknende eller andre erfaringer vedrørende denne tematikken? I dette studiet ønsker jeg å finne informasjon for eventuell publisering i et tidsskrift.

##### **Hva innebærer studien?**

Jeg ønsker konkret å høre om dine erfaringer med uønskede hendelser og avvik omkring pasientbehandlingen: Hva gjør du når det oppstår feil eller uhell i pasientbehandlingen? Hvilket forhold har du til bruk av avviksskjemaer?

Data vedrørende dette ønskes samlet inn ved bruk av et gruppeintervju med 3 eller 4 sykepleiere og et gruppeintervju med 3 eller 4 leger i løpet av mars til mai 2012. Denne henvendelsen gjelder samtykke til å delta i gruppeintervjuet som vil ta ca. 1 time. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

##### **Hva skjer med informasjonen fra deg?**

Det vil bli gjort digitale lydopptak under intervjuet. Alle data fra intervjuet vil bli anonymisert. Ved bruk av sitater, vil navn og andre personidentifiserbare kjennetegn bli endret. Skulle du ved uhell gi opplysninger som er taushetsbelagte, vil disse opplysningene slettes. Jeg vil ikke ta i bruk sitater som til tross for slik anonymisering kan føres tilbake til enkeltperson. Lydmaterialet krypteres og slettes når masteroppgaven er innlevert, planlagt juni 2013, eller i maksimalt fem år.

##### **Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Om du skulle bestemme deg for ikke å delta, får dette ingen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Veileder for mitt mastergradsprosjekt er førsteamanuensis Nina Olsvold. Din seksjonsleder har innvilget min søknad



om å få gjennomføre studien i din avdeling. Dersom du har spørsmål vedrørende studien, kan du kontakte meg på -----, eller min veileder på -----

### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede har inngått i analyser eller er brukt i vitenskapelig publikasjon. Som deltager har du rett til å få informasjon om resultatet av studien.

Med vennlig hilsen

Astrid S. Roald

Mastergradsstudent, IHS, Avdeling for helsefag, Det medisinske fakultet, UiO.

### **Samtykke for deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### **Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien**

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----

Astrid S. Roald, dato